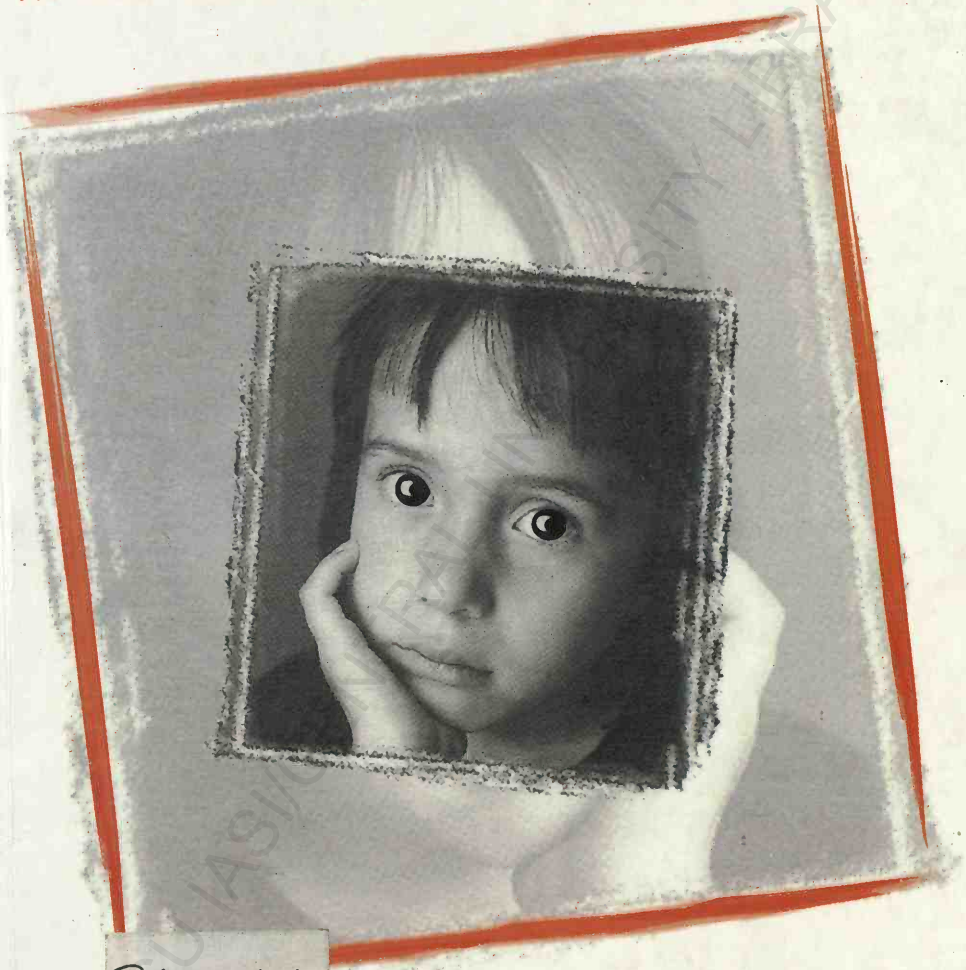
Mădălina Constantin

Maltratarea copilului

ÎNTRE CUNOAŞTERE ŞI INTERVENŢIE



II 400. 174

LUMEN
www.EdituraLumen.com

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
II 400. 174

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Mădălina Constantin

518050

Maltratarea copilului - între cunoaștere și intervenție

ALE

443560
B.C.U. IASI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Acest volum a apărut în cadrul Programului de Promovare a Asistenței Sociale în România derulat de Asociația Lumen cu susținere financiară din partea Centrului Virtual de Resurse în Asistență Socială asistentasociala.ro și firmei de consultanță Expert Projects.

www.expertprojects.ro

www.asistentasociala.ro

www.asociatialumen.ro

Acest material este protejat de legile copyright-ului în vigoare. Orice multiplicare neautorizată, indiferent de suport, este interzisă și va fi pedepsită conform legii.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale:
Mădălina Constantin - *Maltratarea copilului - între cunoaștere și intervenție*, Editia a 2 a Iași, Editura Lumen, 2008 România
Bibligr.
P: 298, cm 14,8 X 21
ISBN : 978-973-166-074-5

316.613.43-053.2

Design copertă: Euro Market Advertising

BCU "CAROL I" BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

25. MAR. 2009

Editura Lumen, 2008

Mădălina Constantin

Maltratarea copilului - între cunoaștere și intervenție

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

Argument 9

Cap. I – Cadru teoretic general cu privire la abuzul asupra copilului 13
1.1. Copilul – victimă a abuzului 13
1.1.1. Specificul protecției și bunăstării copilului 13
1.1.2. Abuzul asupra copilului în România înainte de 1989 și situația actuală 24
1.2. Definiții și forme ale abuzului asupra copilului 28
1.2.1. Apariția termenului de abuz asupra copilului 28
1.2.2. Conceptul de maltratare în relație cu abuzul asupra copilului 30
1.3. Teorii explicative privind abuzul asupra copilului 41

Cap. II – Abuzul fizic asupra copilului la nivel familial 53
2.1. Familia și violența fizică împotriva copilului 53
2.1.1. Caracteristici ale comportamentului parental abuziv în familiile dezorganizate 53
2.1.2. Limita dintre comportamentul normativ și comportamentul abuziv al părinților 57
2.1.3. Violența fizică asupra copilului ca percept educațional în cultura tradițională românească 58
2.2. Etiologia și factorii de risc ai abuzului asupra copilului 63
2.2.1. Argumente în explicarea etiologiei abuzului 63
2.2.2. Factori favorizanți (de risc) ai apariției abuzului 69
2.3. Copiii abuzați fizic și tipuri de comportamente abuzive în mediul familial 74
2.3.1. Copilul – victimă a agresiunii parentale 74
2.3.2. Diferența dintre accident și abuz fizic asupra copilului 78
2.3.3. Clasificarea abuzului fizic asupra copilului 79
2.3.4. Pedeapsa corporală ca metodă de disciplinare a copilului 84
2.3.5. Violența domestică și efectele ei asupra dezvoltării copilului 90

Cap. III – Consecințe psiho-sociale ale abuzului fizic asupra copilului 96
3.1. Semnele și consecințele abuzului fizic 96
3.2. Traumele și consecințele lor asupra dezvoltării copiilor 106
3.3. Copilul în situația de maltratare 108

Cap. IV Neglijarea – Formă specifică de maltratare a copilului 116
4.1. Neglijarea copilului, „o violență neviolentă"? 116
4.2. Categorii și tipuri de neglijare 118
4.3. Situația neglijării copilului în România 123
4.4. Cauzele neglijării copilului 127
4.5. Consecințele neglijării asupra dezvoltării copilului 128

Cap. V - Familia și neglijarea copilului 131
5.1. Familia ca mediu propice de dezvoltare a copilului 131
5.2. Violența intrafamilială și neglijarea copilului 134
5.3. Familia – cauza în neglijare sau resursă în prevenirea ei ? 137

Cap. VI – Specificul intervenției în cazul copilului abuzat 139
6.1. Necesitatea protecției copilului abuzat și principiile protecției copilului 139
6.2. Modelul intervenției sociale în rețea și rolul rețelei sociale în cazurile de abuz 143
6.2.1. Rețeaua socială de relații a familiei abuzive 145
6.2.2. Rețeaua profesională și echipa multidisciplinară de intervenție 149
6.3. Etapele specifice în investigarea cazurilor de abuz asupra copilului 154
6.3.1. Semnalarea (sesizarea) abuzului 155
6.3.2. Înregistrarea cazului 157
6.3.3. Evaluarea inițială 157
6.3.4. Evaluarea familiei 163
6.3.5. Planificarea intervenției 166
6.3.6. Intervenția 167
6.3.7. Evaluarea finală 173
6.3.8. Închiderea cazului 175
6.4. Obiective și dileme în protecția copilului și prevenirea abuzului 175

Cap. VII - Studii de caz 180
Studiu de caz nr. 1 180
Studiu de caz nr. 2 196
Studiu de caz nr. 3 212
Studiu de caz nr. 4 230
Studiu de caz nr. 5 249
Concluzii 263

Cap. VIII - Percepția ieșenilor asupra cauzelor violenței asupra copilului 265

Concluzii generale 294

Bibliografie 297

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

Argument

În prezent, în România sistemul de protecție a copilului cunoaște o dezvoltare vizibilă la majoritatea nivelurilor, îmbunătățirea acestui sistem și creșterea calității serviciilor oferite beneficiarilor direcți, fiind cunoscute atât pe plan național cât și internațional.

Cu toate acestea societatea românească se confruntă însă cu o problemă gravă, aflată, din păcate, în plină ascensiune, și anume maltratarea copilului, problemă care a început să preocupe și să alarmeze societatea și mai ales profesioniștii în domeniul protecției copilului și familiei.

Insuficienta cunoaștere teoretică a termenilor, conceptelor, teoriilor care țin de problematica maltratării copilului, a consecințelor acestor fenomene asupra dezvoltării copilului, lacunele legislative în protecția copilului, numărul relativ redus al specialiștilor formați și cu experiență practică în acest domeniu, constituie, pe lângă complexitatea și dificultatea intervenției în astfel de cazuri, adevărate obstacole în calea diminuării și prevenirii maltratării copilului.

Abuzul fizic este cea mai frecventă formă de abuz asupra copilului și de multe ori este considerată, din păcate, chiar o metodă educativă eficientă mai ales în mediul familial, îmbrăcând diferite forme și având la bază anumite percepții, neținându-se cont sau nefiind cunoscute efectele acestui comportament asupra copilului.

Principalul motiv pentru care mi-am ales această temă, respectiv abuzul asupra copilului, îl constituie faptul că acest domeniu este mai puțin cunoscut, analizat și înțeles în țara noastră, chiar dacă abuzul se regăsește frecvent la nivel familial, instituțional și societal.

Având în vedere înmulțirea vizibilă a cazurilor de abuz asupra copilului în societatea românească, pe de o parte, și acordarea unei importanțe relativ scăzute acestui fenomen social precum și numărul redus al

specialiștilor în acest domeniu, pe de altă parte, există o necesitate stringentă de a face cunoscută problematica abuzului asupra copilului, a consecințelor pe care le are asupra acestuia și mai ales identificarea unor metode de prevenire și intervenție eficiente și nu în ultimul rând formarea unor specialiști care să intervină cu succes în rezolvarea unor astfel de cazuri.

Lucrarea de față, intitulată MALTRATAREA COPILULUI - ÎNTRE CUNOAȘTERE ȘI INTERVENȚIE - își propune delimitarea abuzului fizic asupra copilului de celelalte forme de abuz și abordarea acestei probleme din perspectiva mediului familial, începând cu încadrarea acestei forme de abuz în conceptul de maltratare a copilului și terminând cu specificul intervenției în astfel de cazuri, întreaga lucrare fiind tratată în lumina sistemului protecției și bunăstării copilului.

Lucrarea este compusă dintr-o parte teoretică (care însumează patru capitole) și o parte practică (în care sunt tratate cinci studii de caz de abuz fizic asupra copilului și o microcercetare pe aceeași temă).

Primul capitol al lucrării cuprinde: o analiză obiectivă a sistemului de protecție a copilului în România, în special în ceea ce privește problema maltratării copilului, o descriere a situației abuzului asupra copilului în România înainte de 1989 și situația actuală, urmată de identificarea apariției termenului de abuz, delimitarea și definirea formelor de abuz existente și analiza principalelor teorii explicative ale acestui fenomen.

Al doilea capitol prezintă o analiză a fenomenului de abuz asupra copilului în mediul familial. În acest capitol se regăsesc analizate următoarele subiecte: comportamentul parental agresiv, violența fizică ca metodă educativă, etiologia și factorii de risc ai abuzului asupra copilului, copilul ca victimă a agresiunii parentale, clasificarea abuzului fizic asupra copilului, pedeapsa corporală ca metodă de disciplinare a copilului și, nu în ultimul rând, violența domestică și efectele ei asupra dezvoltării copilului.

În cel de-al treilea capitol sunt prezentate și analizate consecințele psiho-sociale ale abuzului fizic asupra copilului, un accent deosebit fiind pus pe semnele și consecințele abuzului asupra dezvoltării, traumele și consecințele lor și relațiile copilului legate de situația de maltratare.

Capitolele patru și cinci fac referire la fenomenul de neglijare al copilului în familie. Aici sunt descrise tipurile de neglijare, cauzele și consecințele acesteia și efectele violenței maritale asupra îngrijirii copilului.

Ultimul capitol al lucrării se referă la specificul intervenției în cazul copilului abuzat. În acest capitol sunt descrise principiile protecției copilului, metodele specifice de intervenție în cazul abuzului asupra copilului, o importanță deosebită acordându-se în acest caz modelului intervenției sociale în rețea. De asemenea, în capitolul patru sunt prezentate și descrise etapele specifice în investigarea cazurilor de abuz asupra copilului, capitolul încheindu-se cu identificarea și analizarea unor obiective și dileme în protecția copilului și prevenirea abuzului.

În cea de-a doua parte a lucrării sunt prezentate și analizate cinci studii de caz referitoare la abuzul fizic asupra copilului în mediul familial.

De asemenea, lucrarea mai cuprinde o microcercetare pe tema abuzului fizic asupra copilului în mediul familial, principalul scop al acestei microcercetări fiind aflarea părerii părinților cu privire la aplicarea pedepsei fizice percepută ca metodă educativă.

Lucrarea se încheie cu câteva concluzii generale privind situația actuală a copilului abuzat și obiectivele principale protecția copilului în România.

BCU IASI CENTRALA

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. I – Cadru teoretic general cu privire la abuzul asupra copilului

1.1. Copilul – victimă a abuzului

1.1.1. Specificul protecției și bunăstării copilului

Plasarea copilului în centrul intereselor unei societăți trebuie să constituie o prioritate a tuturor factorilor implicați și responsabili cu protecția lui.

„Prin sistemele de servicii sociale destinate bunăstării copilului, o societate exprimă valoarea și drepturile pe care le acordă copiilor și copilăriei.

În anii care au urmat celui de-al doilea război mondial, în țările occidentale, odată cu restabilirea situației socio–economice, s–a manifestat o importantă orientare a cercetătorilor din domeniul științelor socio–umane și medicale spre protecția copiilor.

Renumiți psihanaliști, psihiatri și psihologi ca R.A. Spirz (1946), J. Bowlby (1951, 1954, 1960), A. Freud (1942, 1946, 1952), Winnicott (1964), Ainsworth și Boston (1952), E. Pikler (1969) și alții și–au propus să aducă în atenția opiniei publice efectele traumelor care afectează copiii datorită separării de părinți, neglijării sau a condițiilor inadecvate de creștere și de educație și să orienteze atât pe părinți cât și pe autoritățile responsabile de situația copiilor spre acele nevoi ale copiilor a căror

îndeplinire va conduce la menținerea sănătății lor psihice"(Roth–Szamosközi, 1999 :15).

În acest domeniu, perioada anilor 1960 a adus schimbări importante în privința înțelegerii consecințelor negative ale ocrotirii copiilor în instituții, în descoperirea riscurilor posibile de abuz împotriva copiilor în propriile lor familii, în privința introducerii unor programe comunitare de tip preventiv și în stabilirea unor convenții internaționale referitoare la drepturile copiilor. Declarația Drepturilor Copilului, elaborată de O.N.U în 1959, atrage atenția membrilor Organizației Unite că toți copii, indiferent de rasă, culoare, sex și naționalitate, fară nici un fel de discriminare, au dreptul la protecție socială și la asigurarea posibilităților pentru o dezvoltare sănătoasă, îndeplinindu-se nevoile lor de dragoste, înțelegere, de stimulare și de securitate. În anii următori se constată o dezvoltare a cercetărilor în ceea ce privește nevoile copilului, în asigurarea cărora familiei îi revine rolul central. Nevoile copilului au fost clasificate în: nevoi de hrană, de adăpost, de îndrumare și educație, nevoia de identificare și apartenență, de a fi acceptat și apreciat. Pe măsură însă ce s–au înmulțit studiile cu privire la nevoile și drepturile copilului în întreaga lume și au început să fie cunoscute (atât de profesioniștii în domeniu cât și de opinia publică în general), nevoile copilului s–au diversificat, atât ca număr cât și ca importanță, ele constituind baza pe care s–au creat legislațiile internaționale și naționale în domeniul protecței copilului.

Acesta a fost fundalul pe care s–au elaborat legislațiile naționale și apărarea copiilor de abuzuri și neglijare în propriile lor familii, în familii de plasament sau în instituții destinate protecței lor.

Anii 1980, și 1990 sunt caracterizați pe plan internațional printr–o creștere continuă a atenței orientate spre acest domeniu, cauzată, pe de o parte, de perfecționarea chiar și în țările dezvoltate din punct de vedere economic al fenomenului abuzului și neglijării copilului, iar pe de altă parte de situația din țările slab dezvoltate și în curs de dezvoltare, în care copiii constituie cea mai vulnerabilă categorie socială, expusă sărăciei și violenței.

Efectele negative ale acestor fenomene sociale asupra dezvoltării intelectuale ale copiilor, sau asupra capacității lor de înțelegere au fost adesea puse în discuție.

„Preocuparea față de bunăstarea copilului este multidisciplinară acoperind aspecte multiple ale personalității copiilor, dominată fiind însă de unghiul de vedere al profesiei de asistență socială.

De fapt primele activități specifice de asistență socială s–au dezvoltat și s–au specializat în domeniul ocrotirii copilului și al familiei sale.

Categoriile de copii *la care se referă în mod special sistemele de protecție a copilului sunt:*

- Copiii supuși unor rele tratamente (abuzați sau neglijați);
- Copiii abandonați temporar sau permanent în instituții de ocrotire sau aflați în plasament familial sau adoptați;
- Copiii cu boli cronice (SIDA, cei născuți dependenți de droguri etc.) sau cei cu tulburări de dezvoltare, deficiențe fizice, senzoriale, sau cu dificultăți de învățare și care necesită ocrotire specială;
- Copiii aflați în familii care trăiesc în sărăcie;
- Copiii din comunități minoritare marginalizate;
- Copiii orfani de unul sau ambii părinți;
- Copiii victime ale calamităților naturale, războaielor sau altor catastrofe" (Roth–Szamosközi, 1999, pp.16-17).

Datorită specificului vârstei, lipsei de experiențe sociale și mai ales datorită dependenței totale de adult, copiii reprezintă cea mai vulnerabilă categorie socială.

„Copilul este o ființă cu însușiri calitativ diferite de cele ale adultului și are în mod legitim dreptul de a ocupa o poziție privilegiată și de a se bucura de un tratament specific" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 22.).

„Pentru a se dezvolta armonios, pentru a deveni un adult echilibrat și adaptat, copilul are nevoie de:

- Dragoste din partea celor care îl îngrijesc pentru a deveni un adult echilibrat și adaptat;
- Condiții optime de dezvoltare fizică și sănătate;
- Un cadru familial echilibrat, fără tensiuni și conflicte, bazat pe atașament și respect între membrii familiei;
- Condiții de educație și acces la informație;

- Copilul are nevoie să i se recunoască valorile, să fie recompensat pentru realizările sale, înțeles atunci când greșește și ajutat atunci când trebuie să găsească soluțiile cele mai potrivite problemelor sale;
- Copilul poate fi educat cu tact și răbdare evitând violența și pedepsele nejustificate; acestea nu vor conduce la o disciplinare a copilului ci la reacții contrare așteptărilor adultului;

Indiferența, ignorarea și respingerea copilului sunt la fel de traumatizante ca și hiperprotecția sau pretențiile prea mari din partea adultului" (Organizația Salvați Copiii, 1999: 16).

- Copilul este vulnerabil și are nevoie de protecție specială datorită caracteristicilor specifce vârstei:
- Lipsa aproape completă a posibilităților fizice și psihice de apărare;
- Capacitatea redusă de înțelegere a efectelor, a consecințelor unor acțiuni proprii sau ale altor persoane;
- Imposibilitatea de a discerne între intențiile bune sau rele ale altor persoane;
- Gradul crescut de sugestibilitate și inocență.
- Copilul trebuie recunoscut ca persoană independentă care reprezintă o valoare în sine și care are drepturi ce trebuie respectate.
- El trebuie protejat împotriva oricăror forme de violență, maltratare, neglijare, împotriva explorării sexuale, a abuzului sexual, precum și a celorlalte forme de abuz.

„Thoburn (1988, p.290) definește sistemul ocrotirii copilului în vederea asigurării bunăstării sale ca fiind ansamblul de servicii oferite de un stat, prin care li se asigură copiilor suport material, asistență medicală, educație și locuință.

Thoburn distinge acest înțeles larg al sistemului ocrotirii copilului de accepția restrânsă a domeniului și anume aceea de acordare de servicii acelor copii care nu pot atinge, sau este puțin probabil să atingă, în lipsa unor servicii specializate, standarde acceptabile de sănătate și dezvoltare. Această a doua accepție a termenului este mai apropiată aceleia în care se folosește azi în România, termenul de sistem de protecție al copilului". (Roth–Szamosközi, 1999: 17) Herezog (1997) face și ea distincția între sensul larg și cel restrâns al ocrotirii copilului. În primul sens, asigurarea bunăstării se referă la întreg evantaiul de servicii menite să asigure

dezvoltarea, sănătatea, educația și ocrotirea tuturor copiilor iar în cel de–al doilea protecția copiilor este o structură separată, menită să ofere sprijin categoriilor de copii aflați în situații speciale de dificultate, fiind expuși unor condiții de creștere care le pun în pericol sănătatea psihică sau fizică.

„Costin et al. (1991) clasifică serviciile de protecție orientate direct către copii în:

- servicii care oferă suport familiilor;
- servicii care suplimentează îngrijirea oferită de către părinți;
- servicii care suplinesc îngrijirea parentală.

În prima categorie se înscrie munca asistenților sociali care oferă suport copiilor și părinților, în conformitate cu criteriile de evaluare și intervenție ale muncii sociale cu indivizii și familiile. Uneori această muncă de suport este oferită fără ca ea sa fie cerută de către părinți, care nu recunosc neapărat nevoia de ajutor sau caracterul inadecvat al propriului lor comportament față de copil. A doua categorie cuprinde serviciile de zi destinate ocrotirii copiilor. În a treia categorie se încadrează alternativele pe care sistemul de protecție a copilului le are pentru cazul în care copilul este scos din propriul cămin, sau și–l pierde"(Roth–Szamosközi, 1999:19).

Considerăm alături de Costin et al (1991) că pentru ca aceste forme de servicii să–și poată îndeplini menirea de a proteja copilul, ele trebuie să dobândească pe de o parte un caracter terapeutic, iar pe de altă parte un caracter preventiv. Evaluarea riscului este însă o activitate complexă, care necesită din partea profesionistului o evaluare detaliată a situației.

Schema cuprinzătoare a serviciilor sociale care trebuie să răspundă cazurilor de copii aflați în dificultate în propria lor familie, datorită unor tratamente inadecvate, include servicii specializate de investigație, comisia cu atribuții de decizie privind plasarea copiilor sau menținerea lor în familie, tribunale specializate pentru investigarea și decizia copiilor în care sunt implicați copii, servicii specializate de plasament familial, și o rețea de familii de plasament, un serviciu specializat de adopție, o rețea a instituțiilor rezidențiale de copii, o rețea terapeutică pentru copii și familii. Pentru ca o astfel de rețea de servicii sociale să funcționeze, ea trebuie să se afle în legură cu serviciile poliției și cele medicale, pentru că acestea

furnizează date indispensabile deciziilor care trebuie luate în favoarea copiilor.

În România, sistemul de protecție a copilului a cunoscut schimbări majore după 1989, schimbări care se impuneau, dată fiind dorința țării noastre de a se alinia la standardele internaționale cu privire la protecția și bunăstarea copilului, precum și recunoașterea necesității respectării și promovării nevoilor și mai ales a drepturilor copiilor, prea puțin cunoscute și mediatizate în perioada comunistă, dar nu în ultimul rând și datorită contextului socio–economic și familial în care trăiesc copii, majoritatea familiilor confruntându–se cu probleme sociale diverse.

Condițiile tot mai dificile ale vieții copiilor, persistența problemelor în instituțiile de ocrotire și extinderea fenomenelor de neglijare și abuz au condus la recunoașterea necesității de a se renunța la formele și structurile vechi și de a accepta o concepție nouă despre protecția copilului, concepție orientată mai mult spre prevenirea abandonului și ajutorarea familiilor considerate ca fiind cele cu risc. Așa cum se arată în Raportul Dezvoltării Umane (1995), noua lege română pentru protecția copilului și a familiei trebuie să intre în vigoare în 1994. Ea a fost însă definitiv formulată abia în 1997 și adoptată ca lege de către parlament în 1998, după câteva corecțiuni minimale.

„Până în iunie 1997 a fost pusă în vigoare doar Legea 3/1970 pentru protecția copilului. Aceasta prevedea câteva reglementări pentru apărarea copilului dar nu prezenta posibilitățile de intervenție împotriva abuzului față de copil, nu deschidea nici o cale pentru copilul abuzat de a se putea adresa autorităților și nici ca altcineva să dezvăluie asemenea cazuri. Existau paragrafe în legea pentru protecția copilului care prevedeau posibilitățile de a pedepsi părintele care neglijează copilul sau care abuzează de el, dar nu se menționau modalitățile practice, nu se arăta unde sau la cine să se adreseze copilul, nici nu se specifica ce reprezintă un caz de urgență și cum să se acționeze într–un asemenea caz.

Iată principiile pe care le luăm în considerare în analiza stadiului actual de aplicare în România a Convenției privind Drepturile Copilului:

- respectarea primordialității interesului copilului;
- afirmarea dreptului acestuia de a crește într-o familie;

- luarea în considerare a opiniei copilului în toate problemele care îl privesc;
- primordialitatea siguranței copilului și posibilitatea luării unor măsuri de urgență pentru asigurarea acestui deziderat;
- necesitatea existenței unei perspective și a unei planificări pe termen lung în privința dezvoltării copilului;
- asigurarea participării profesioniștilor în activitățile de protecție a copilului;
- asigurarea continuității relațiilor copilului cu familia sa naturală;
- preferința acordării unui cât mai mare sprijin pentru familiile cu dificultăți, înaintea sau în locul îndepărtării copilului din familie" (Roth–Szamosközi, 1999, pp.37 – 38).

Un mare pas înainte în sprijinul Convenției Internaționale privind Drepturile Copilului a fost realizat în aria protecției copiilor față de abuz; în timp ce în Legea nr.3/1970 au fost prea puține mențiuni privitoare la protecția copilului abuzat, acum articolul 14 din Legea 108/1998 (și ordonanța 26/1997) precizează că serviciul specializat al D.J.P.C. trebuie să intervină în situații speciale pentru a apăra copilul de părinții care îi periclitează securitatea, dezvoltarea fizică și integritatea morală.

„Din punct de vedere legislativ, în România, încriminarea relelor tratamente aplicate copilului se poate face conform Codului Penal, care sancționează agresiunile produse asupra unei persoane de către o alta, Codul Familiei, care prevede decăderea din drepturile parentale a acelor părinți care aplică rele tratamente copilului, și Legii 108/1998, care reia Ordonanța de Urgență nr. 26/1997 privind protecția copilului aflat în dificultate"(Muntean, Ana, 2001 :59).

„Conform legii, copilul în dificultate este copilul a cărui integritate fizică și morală este pusă în pericol. Ceea ce trebuie luat în considerare atunci când se apreciază dacă un copil se află sau nu în dificultate este ce s–ar întâmpla dacă acest copil nu ar primi servicii și care este efectul pe care accesarea serviciilor l–ar avea asupra copilului" (IX th I.S.P.C.A.N European Conference on Child Abuse and Neglect, 2003 :4).

Se remarcă absența completă a cuvântului „abuz" din textul Ordonanței guvernamentale din iunie 1997. Această deficiență a fost corectată parțial în Legea 108/1998 care declară că statul este obligat să „garanteze

protecția copilului față de orice formă de violență, inclusiv *violență sexuală*, abuzul fizic sau psihic, abandonul sau neglijarea" (Roth–Szamosközi, 1999: 39).

„Dreptul român face referire doar la «abuz de drept», cu privire la acele situații în care un drept personal recunoscut de lege este exercitat, cu rea credință, cu depășirea limitelor prevăzute de lege și cu nerespectarea scopului său economic și social. Abuzul de drept este sancționat de justiție. În ceea ce privește noțiunea de «abuz asupra copilului» (fizic, emoțional sau psihic, sexual), ea nu este definită de către legislația română, rezultând doar din interpretarea prevederilor O.U.G 26/1997 și ale Convenției cu privire la Drepturile Copilului" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 144).

Vom defini abuzul asupra copilului ca acea faptă care pune în pericol dezvoltarea, securitatea sau integritatea fizică sau morală a copilului. Convenția cu privire la Drepturile Copilului, art. 19 , restrânge câmpul de aplicare al noțiunii de abuz determinând ca subiecți activi „părinții, unul din ei, reprezentantul sau reprezentanții legali sau orice persoană căreia i–a fost încredințat copilul".

Pentru a stabili dacă o anumită faptă este sau nu abuz, este util să se urmărească criteriile stabilite de prevederile Convenției cu privire la Drepturile Copilului, ratificată de către România prin Legea 18/1990. O faptă prin care se aduce atingerea conținutului drepturilor prevăzute în Convenție și prin care sunt puse în pericol dezvoltarea, securitatea sau integritatea fizică a copilului, reprezentând un abuz, sancționabil ca atare.

Nu avem încă o lege specifică bazată pe o cunoaștere a fenomenului de abuz și neglijare a copilului, cu toată gravitatea consecințelor pe care le antrenează acest fenomen.

„Respectarea și apărarea copilului împotriva oricăror forme de abuz presupune asigurarea unui sistem de protecție adecvat, care să cuprindă:

- definirea juridică a abuzului;
- proceduri juridice de intervenție;
- programe naționale de prevenție, susținere și intervenție;
- structuri abilitate și competente, specializate în raportarea, instrumentarea și tratarea cazurilor de abuz;
- stategii comune de acțiune" (Organizația Salvați Copiii, 1999: 7).

În concluzie, reorganizarea sistemului de protecție a copilului în așa fel încât să se ridice la nivelul standardelor internaționale, să corespundă necesităților copiilor, părinților și familiilor și să se încadreze în politica comunităților și localităților, este o sarcină foarte dificilă. Această reorganizare reprezintă de asemenea și o șansă unică pentru ca munca socială să-și dovedească valoarea, după renașterea sa din propria-i cenușă.

„Rezistența sistemului de îngrijire a copilului din perioada anterioară (1992-1996) în adoptarea standardelor moderne euro-atlantice s-a datorat în primul rând absenței unei legislații corespunzătoare. Schimbarea de bază a legii pentru reglementarea protecției copilului a avut loc în perioada 1997-1998. Schimbările de structură legală sunt bine receptate de către profesioniști și de majoritatea cadrelor care lucrează în serviciile sociale pentru copii.

Schimbările legislației privitoare la abuzul față de copil nu sunt urmate prompt de schimbări practice.

Aceste schimbări nu au reușit să amelioreze până acum calitatea vieții unui mare număr de copii aflați în situație dificilă dar dau speranțe pentru transformarea sistemului de protecție a copilului în direcția respectării drepturilor sociale" (Roth–Szamosközi, 1999: 41).

În ultimii ani, în România majoritatea serviciillor sociale s-au îndreptat către protecția copilului (și familiei), fapt explicabil, dată fiind importanța acordată în societate copilului, îndeplinirii nevoilor sale de creștere și dezvoltare și rolul major al familiei în acordarea unei îngrijiri corespunzătoare a acestora, dar și datorită vulnerabilității copilului și nevoii sale de protecție în cazul în care dezvoltarea sau supraveţuirea îi sunt periclitate.

„Interesul principal al adulților din orice familie trebuie să-l constituie bunăstarea copilului, iar spre acest punct se focalizează și preocupările asistentului social care lucrează cu diferite familii dezavantajate sau cu copii din rezidențe de îngrijire" (Spânu, 1998: 30).

Elementele fundamentale ale sistemului de asistență socială a copilului pot fi prezentate sistematizat astfel:

- Servicii de sprijin pentru familia naturală;
- Servicii de înlocuire a familiei naturale (tutelă, adopție, plasament, leagăn, casă de copii);

●Servicii de evaluare a protecției copilului (autoritate tutelară în cadrul primăriilor, unități școlare, sanitare, unități de poliție);

●Sistemul de reglementare a disputelor și conflictelor (tribunale, reclamații, autoritate tutelară).

●Orice referire la bunăstarea copilului ar trebui să fie asociată cu două categorii de programe: de prevenție și intervenție efectivă.

Protejarea copilului încă de la naștere împotriva oricărei forme de abuz sau exploatare din partea adulților familiei proprii sau a adulților din instituțiile de îngrijire specifice pentru copii, reprezintă unul din punctele stipulate în Convenția cu privire la Drepturile Copilului, semnată la 20 noiembrie 1989 și ratificată de către România la 25 septembrie 1990.

„Bunăstarea copilului este organic legată de necesitățile acestuia, de protecția lui în fața oricărei forme de abuz sau tendință de exploatare, de schimbările negative care se pot produce în viața sa, de posibilitatea părinților sau îngrijitorilor de a face față necesităților copilului, de gama împuternicirilor pe care Tribunalul le poate folosi și nu în ultimul rând de calitatea îngrijirii.

Îngrijirea, în tripla sa dimensiune - fizică, psihologică și socială - reprezintă un concept care explică standardul de viață al familiei și în mod special, bunăstarea copilului în cadrul sistemului familial.

Înscriindu-se în lista drepturilor copilului îngrijirea se poate caracteriza prin următoarele trăsături" (Spânu, 1998:36):

Siguranța mediului în care este crescut copilul. Asistentul social va încerca să descopere dacă zona de joacă a copilului prezintă vreun risc, dacă există persoane care supraveghează permanent copilul, în special copilul mic (sub 3 ani), dacă medicamentele, substanțele chimice, toxice sunt depozitate departe de mediul accesibil copilului;

Curățenia. Facilitățile de ocrotire și îngrijire a copilului trebuie să asigure standardele sanitare de bază. În acest sens vor fi relevante răspunsurile la întrebări precum: cât de curate sunt toaletele și lenjeria intimă a copilului, cât este de bine respectată norma fundamentală de igienă (spălarea mâinilor înainte de masă), care este atitudinea principalului îngrijitor al copilului (mamă, rudă, baby-sitter);

Experiența și educația îngrijitorului. Aceasta reprezintă unul dintre cele mai acute aspecte ale îngrijirii copilului în familie, dar și în in-

stituțiile special amenajate, solicitând o evaluare exactă din partea asistentului social, precum și programe bine articulate de educare a îngrijitorilor în comunitate;

Caracterul stimulativ al mediului în care este crescut și îngrijit copilul. Aspectul ludic al activităților adecvate vârstei copilului reprezintă o necesitate care se înscrie în sfera stimulării interacțiunilor dintre copil și adultul care îl îngrijește.

De aceea de îngrijirea copilului depinde însăși buna dezvoltare (fizică, intelectuală, emoțională) a acestuia, apoi ca adolescent, tânăr și nu în ultimul rând ca viitor adult.

Sunt considerate necesare și chiar provocatoare câteva din ipotezele care sprijină măsurile de îngrijire a copilului (Spânu, 1998: pp 36-37):

- Părinții care cer ajutor de la serviciile de asistență socială au resurse care pot fi mobilizate;
- Principalele surse ale dificultăților parentale sunt de ordin structural: sărăcia, locuința, sănătatea, izolarea socială, lipsa de prosperitate;
- Părinții au drepturi sociale în calitate de cetățeni, iar rolul asistentului social este de a restabili capaciatatea părinților de a se implica în viața de comunitate și de a-și maximiza responsabilitățile părintești;
- Soluțiile de spijinire a familiilor pentru îngrijirea copiilor pot fi realizate prin intermediul instituțiilor din rețeaua de stat, dar și prin intermediul agențiilor sau organizațiilor neguvernamentale, precum și prin activitatea de voluntariat;
- Serviciile de evaluare a necesităților copiilor trebuie realizate în colaborare cu părinții. De aceea, aceste servicii pot fi considerate ca fiind: servicii indirecte: sprijin acordat familiilor în comunitate prin rețeaua de difuzare a informațiilor referitoare la îngrijire, creșterea și educarea copiilor, servicii directe de nivel ridicat: sprijin intensiv acordat familiilor, programe de terapie familială.

„Nici un ghid nu poate acoperi în mod exhaustiv multitudinea riscurilor familiei de a experimenta deprivarea socială sau dificultăți. Combinarea elementelor derivate din viața particulară a membrilor familiei cu cele generate de structura socială conduce spre evidențierea principalelor categorii de probleme ale familiei, abuzul asupra copilului clasându-se printre aceste probleme" (Spânu, 1998: 38).

1.1.2. Abuzul asupra copilului în România înainte de 1989 și situația actuală

„În România, înainte de decembrie 1989, deși existau abuzuri de orice natură, comise asupra copiilor, fie în mediile familiale, fie în mediile instituționale (școli, cămine pentru copii etc.), acestea nu au putut fi aduse în atenția opiniei publice pentru a fi sancționate - moral sau penal, după caz, ca urmare a tăinuirii voluntare sau involuntare a celor ce le comiteau, precum și a diminuării artificiale a acestora - ca pondere, întindere, gravitate și intensitate – din partea factorilor responsabili ai statului. La acestea se adaugă și lipsa unor studii, cercetări științifice legate de problema abuzului, care să permită radiografierea mediilor ce favorizează aceste abuzuri, stabilirea cauzelor, incidența și amploarea acestui flagel, tipologia acestora, precum și punerea la dispoziția celor interesați a unui evantai de metode, tehnici și procedee de prevenire, combatere, diminuare sau stopare a abuzurilor îndreptate împotriva copiilor" (Sursa: http// www.cmsc.ro/abuz copii.html, consultat pe 11.10.2001). Mascarea, tăinuirea, lipsa de transparență și necooperarea din partea celor implicați, precum și refuzul instituțiilor abilitate de a demara aceste abuzuri împotriva copiilor, în detrimentul unei imagini pozitive în raport cu comunitatea internațională, au rezultat dovezi grăitoare de încălcare flagrantă a drepturilor copilului.

După decembrie 1989, odată cu reformarea tuturor instituțiilor statului, precum și a presiunilor internaționale făcute în urma dezvăluirilor în mass-media națională și internațională cu privire la o serie de abuzuri comise împotriva copiilor, interesul și preocuparea pentru respectarea drepturilor copilului, atât din partea opiniei publice, cât și din partea instituțiilor statului român a devenit prioritară, ceea ce a făcut posibilă, deopotrivă, realizarea unor studii și cercetări științifice (chiar dacă deocamdată sunt modeste) și elaborarea și adoptarea unei legislații corespunzătoare în materie de protecția drepturilor copilului, armonizată la cea internațională. Printre studiile științifice efectuate în România cu privire la problematica neglijării și abuzului copilului, pot fi amintite studiile de teren realizate la Cluj (1996), pe un lot de 488 de părinți și 789 de elevi din clasele V-X,

sub coordonarea dr. Traian Rotariu. Se mai pot adăuga la acestea o serie de dezbateri, seminarii, conferințe naționale și internaționale cu privire la problematica abuzului împotriva copilului, stabilindu-se definirea conceptului de abuz/neglijare, amploarea, cauzele, incidența, tipologia, precum și o serie de strategii de prevenire, diminuare, combatere sau stopare a acestui flagel.

Situația actuală cu privire la fenomenul abuzului și neglijării asupra copilului în România

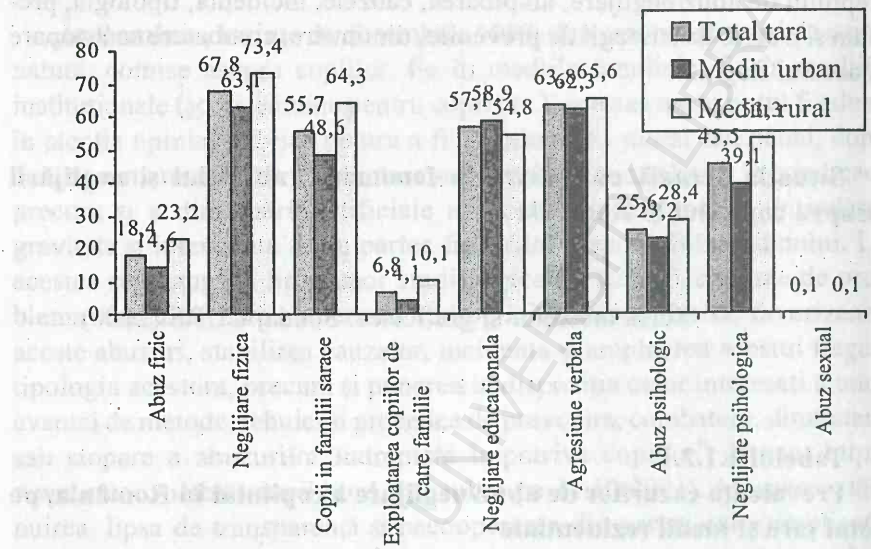
Sursa tabelelor și graficelor: Sondaj CURS (2000)

Tabelul 1.1.2.1.

Prevalența cazurilor de abuz/neglijare a copilului în România, pe total țară și medii rezidențiale

Indici sintetici ai abuzului/neglijării copilului în familie	TOTAL ȚARA N= 1556		Mediul urban N= 852		Mediul rural N=704	
	Număr	%	Număr	%	Număr	%
Abuz fizic	287	18,4	124	14,6	163	23,2
Neglijare fizică	1055	67,8	538	63,1	517	73,4
Copii în familii sărace	867	55,7	414	48,6	453	64,3
Exploatarea copiilor de către familie	106	6,8	35	4,1	71	10,1
Neglijarea educațională	888	57,1	502	58,9	386	54,8
Agresiune verbală	993	63,8	531	62,3	462	65,6
Abuz psihologic	398	25,6	198	23,2	200	28,4
Neglijare psihologică	708	45,5	333	39,1	375	53,3
Abuz sexual	1	0,1	-	0,0	1	0,1

Graficul 1.1.2.1.
Indici sintetici ai abuzului/neglijării copilului în familie



Activitate de protecție a copilului abuzat

1. Activitate de protecție a copilului abuzat - în anul 2002

Nr. crt.	Tip caz	Trim. I 2002	Trim. II 2002	Trim. III 2002	Trim. IV 2002	Total
1	Număr apeluri Help-Line	64	68	51	37	220
2	Număr total de cazuri copii ce au suferit diverse forme de abuz sesizate/instrumentate în urma apelurilor de urgență	78	95	85	60	318

2. Activitate de protecție a copilului abuzat în anul 2003

Nr. crt.	Tip caz	Trim.I 2003	Trim. II 2003	Trim. III 2003
	Număr total de cazuri copil ce au suferit diverse forme de abuz sesizate/instrumentate în urma apelurilor de urgență	98	32	93

Sursa: Direcția de Asistență Socială Iași

Din datele prezentate în Tabelul 1.1.2.1. rezultă că abuzul și neglijarea copilului au ponderi însemnate în România. Dintre cele patru forme de abuz, cel psihologic ocupă primul loc (26%), abuzul fizic locul doi (18%), pe ultimele locuri situându-se exploatarea copiilor în familie prin trimiterea lor la cerșit, la lucru sau reținerea lor de a merge la școală pentru treburi casnice sau îngrijirea fraților mai mici (7%) și abuzul sexual (0,1%) (Revista de Asistență Socială nr.1, 2003: 39). Asupra proporțiilor înregistrate pentru ultimele două tipuri de abuz, în special pentru cel sexual, avem rezerve datorită incertitudinilor asupra sincerității declarațiilor părinților referitoare la acest aspect. Se știe că, în măsura în care o persoană întrevede consecințele negative ale unor acțiuni, neconformitatea lor cu normele sociale și mai ales juridice, ea tinde să ascundă (să nu declare) respectivul comportament.

Ponderile înregistrate pe diferitele tipuri de neglijare ar trebui considerate un semnal de alarmă pentru societate și autorități dacă avem în vedere că formele de neglijare sunt practic „anticamera" abuzului: de la neglijarea fizică și psihologică nu mai este decât un pas până la agresiunea fizică sau abandonul copilului.

Analizând distribuția indicilor sintetici ai abuzului și neglijării copilului pe medii rezidențiale (Graficul 1.1.2.1.) se constată incidența mai mare a tipurilor respective în familiile din mediul rural comparativ cu cele din orașe, cu excepția neglijării educaționale.

1.2. Definiții și forme ale abuzului asupra copilului

1.2.1. Apariția termenului de abuz asupra copilului

„Termenul de «sindrom al copilului abuzat», exprimând morbiditatea de dezvoltare, a fost folosit pentru prima oară sub egida medicală a lui C. H. Kempe și a colaboratorilor săi, în 1962" *(IXth ISPCAN* European Conference on Child Abuse and Neglect, *2003: 1)*.

Medicul din Colorado a prezentat atunci „rezultatele unor studii referitoare la fracturile multiple, vizibile cu raze X, ale copiilor bătuți (Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller, Silver, 1962)" (Ionescu, 2001: 14).

Conform statisticilor lor, realizate în America acelor ani, până la 300 de copii dintr-un milion erau bătuți.

H. Kempe a impus medicilor pediatri din S.U.A., mai întâi, și apoi din lumea întreagă, în 1962, „sindromul copilului bătut", fiind recunoscut drept inițiatorul domeniului prevenirii abuzului și neglijării copilului.

De-a lungul timpului, diferiți cercetători care au studiat fenomenul abuzului asupra copilului au propus mai multe definiții care doreau să evidențieze caracteristicile și modul de abordare a acestui fenomen social.

„Fenomenul de abuz asupra copilului, prezent astăzi în toate societățile și în rândul fiecărei clase sociale, are la bază mai multe teorii universal acceptate: medicală, psihologică, socială, ecologică, feministă ș.a. Aceste teorii conduc la definirea abuzului ca: o încălcare a legilor/a codului penal, un act cu consecințe medicale și/sau psihologice, un fenomen multidimensional rezultat din interacțiunea mai multor elemente: caracteristicile părinților și ale copiilor, procesul de interacțiune familială, contextul comunitar, cultural și social" (Miftode, 2002: 7).

În literatrura de specialitate se pot regăsi următoarele definiții:

- *Abuz asupra copilului:* „profitarea de pe urma diferenței de putere dintre un adult și un copil prin desconsiderarea personalității celui de-al doilea" (Roth–Szamosközi, 1999: 45) sau „cauzarea intenționată a unei vătămări ce afectează sănătatea fizică sau psihică a copilului"(N. Freude, 1989);

- *Maltratarea:* „orice formă de acțiune sau de omitere a unei acțiuni care este în detrimentul copilului și are loc profitându-se de incapacitatea copilului de a se apăra, de a discerne între ceea ce este bine sau rău, de a căuta ajutor și de a se autoservi (Popescu, 1989: 2) sau „orice formă de violență, de tentativă sau de brutalizare fizică sau mentală sau de neglijare, inclusiv violență sexuală, în timpul în care copilul se află în îngrijirea părinților, sau a unuia dintre aceștia, sau a reprezentanților legali ai acestora, sau în îngrijirea oricărei alte persoane căreia i-a fost încredințat" (Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului, art. 19).
- *Rele tratamente aplicate minorului:* „punerea în primejdie gravă, prin măsuri sau tratamente de orice fel, a dezvoltării fizice, intelectuale sau morale a minorului de către părinți sau de orice persoană căruia minorul i-a fost încredințat spre creștere și educare" (Codul Penal Român, art. 306).
- *Copil în situație de risc:* „se referă la o populație de copii necunoscută ca număr sau ca pondere, în privința cărora avem cunoștință despre comportamente și situații care indică posibilitatea unor rele tratamente suportate de către minor (diferite tipuri de neglijare sau abuz), dar nu avem certitudinea comiterii lor în prezent" (Rotariu și colaboratorii, 1966).

Orice act prin care se produc vătămări corporale, tulburări psiho-emoționale și expuneri la situații periculoase sau percepute ca fiind periculoase de către copil constituie abuz.

Comportamentele abuzive ale adulților asupra copiilor sunt des întâlnite în literatura de specialitate și sub denumirea de maltratare a copilului, aceasta fiind folosită pentru a descrie tratarea neadecvată a copilului de către persoanele responsabile cu îngrijirea lui. Așadar, există o nevoie de a clarifica conceptul de maltratare în relație cu abuzul asupra copilului, de vreme ce aceste două descrieri sunt adesea interschimbabile.

1.2.2. Conceptul de maltratare în relație cu abuzul asupra copilului

1.2.2.1. Apariția termenului de maltratare

„Apărut în limba franceză de-abia în 1987 (Robert, 1996), substantivul *maltratare* face referință la relele tratamente ale căror victime pot fi copiii: violențe fizice, psihologice, neglijările grave, abuzurile sexuale etc." (Ionescu, 2001: 13).

Chiar dacă nu este un fenomen nou, maltratarea este un fenomen social care a reținut atenția de-abia la sfârșitul secolului al XIX-lea. Până în acel moment, copiii erau considerați proprietatea părinților și constituiau o resursă economică, reprezentând o mână de lucru în plus. De atunci, în țările occidentale dezvoltate, a avut loc o redefinire culturală a reprezentării copilului.

„Din cauză că familia își pierde calitatea de producător direct, copilul nu mai constituie un capital, ci un cost pe care părinții îl acceptă sau îl refuză. Capitalul este perceput acum ca «un bun de consum afectiv». El are o valoare afectivă și este perceput ca o garanție a unei relații afective privilegiate. În unele cazuri, copiii pot exercita funcții instrumentale (care cresc în importanță pe măsură ce statutul socio-economic al părinților scade) și face oficiul de furnizor de statut și/sau de asigurare." (Ionescu, 2001: 13)

Cercetarea a ignorat problema relelor tratamente până în anii '60, când un medic din Colorado, C. Henry Kempe, a prezentat rezultatele unor studii referitoare la fracturi multiple, vizibile cu raxe X, ale copiilor bătuți (Kempe, Silverman, Steele, Droegemuller, Silver, 1962).

În 1988, în lucrările pregătiroare ale legii referitoare la prevenirea relelor tratamente și a protecției copilului din Franța, comisia de lucru a utilizat ca definiție de lucru pentru copilul maltratat următoarea aserțiune:

„copilul victimă a părintelui sau a adultului care îl are în grijă, fie prin acte brutale voluntare comise contra copilului, fie prin omisiunea intenționată a îngrijirilor, fapte care conduc la răniri fizice sau comportamentale, mai greu de evidențiat pentru că nu lasă urme fizice; brutalități

controlate, comportamente sadice, manifestări rejetante, disprețuitoare față de copil, abandon afectiv, exigențe educaționale disproporționate față de capacitățile copilului... ca și abuzul sexual. Toate acestea afectează dezvoltarea psihoafectivă a copilului, putând duce până la distrugerea corporală a copilului" (Divet, Heleine, Morellec, 1999)"(Muntean, 2001: 56).

1.2.2.2. Elemente pentru o definiție a conceptului de maltratare

Definirea fenomenului de maltratare a copilului poate fi făcută din punct de vedere legislativ, cultural, psihologic.

„Există câteva elemente definitorii ale maltratării copilului:

- raport inegal de forțe între victimă și agresor;
- victima, copilul, se află în îngrijirea agresorului;
- agresorul are un acces permanent la victimă;
- imoralitatea/iresponsabilitatea agresorului;
- efectele se răsfrâng asupra dezvoltării copilului: încetinirea, stoparea sau regresia în dezvoltarea copilului;
- maltratarea poate fi produsă prin omisiunea unor nevoi ale copilului (neglijare) sau prin comiterea cu intenție a unor acte agresive împotriva copilului (abuz);
- abuzul se face cu intenție distructivă;
- neglijarea are loc de obicei pe un fundal al indiferenței și ignoranței parentale vis-á-vis de nevoile copilului" (Muntean, 2001: 56).

Dacă avem în vedere aceste lucruri putem spune că, folosind cuvântul maltratare ne referim la părinți sau persoane care îngrijesc copilul într-un asemenea grad încât starea sănătății sale fizice și/sau emoționale precum și dezvoltarea sa sunt în pericol (Kempe, 1979).

Luând în considerare cele afirmate mai sus, rezultă că maltratarea copilului cuprinde deopotrivă actele deliberate comise împotriva copilului, care fac obiectul abuzului, dar și lipsa sau omiterea satisfacerii unor

nevoi de bază ale copilului (privându-l astfel de o dezvoltare normală), întâlnită sub denumirea de neglijare.

Astfel, o definiție cât mai expresivă a maltratării poate fi cea dată de dr. Popescu și dr. Răduț (1998, p. 2-3), care aduce ca și completare ideea că abuzivă poate deveni și omiterea unor acțiuni, nu numai comiterea unor acte împotriva copilului: „maltratarea este orice formă voluntară de acțiune sau de omitere a unei acțiuni care este în detrimentul copilului și are loc profitând de incapacitatea copilului de a se apăra, de a discerne între ceea ce este bine sau rău, de a căuta ajutor și de a se autoservi".

Convenția cu privire la Drepturile Copilului definește maltratarea ca fiind orice formă de violență, vătămare, abuz fizic sau mental, abandon sau neglijență, rele tratamente, exploatare, abuz sexual.

1.2.2.3. Variabile care influențează definiția maltratării

„Putem considera că maltratarea se constituie într-un continuum care merge de la absența maltratării până la maltratarea extremă.

Pragul dincolo de care putem vorbi de maltratare este subiectiv și este condiționat de diversele variabile" (Ionescu, 2001: pp. 14-15):

Prima variabilă este limita morală între bune tratamente și maltratare. Este greu de stabilit limita între normal și patologic, fie că este vorba de lipsa îngrijirii (limita între o educație prea puțin adecvată și una neadecvată care motivează o semnalare), modul de a exprima afecțiunea (limita între o demonstrație de afecțiune potrivită sau nu) sau pedepsele aplicate (limita intensității acceptabile a unei palme date unui copil neascultător).

A doua variabilă este durata actului de maltratare. Toate familiile trăiesc perioade de tensiune, momente în care părinții pot acționa nepotrivit. Chiar și părintele cel mai calm poate să-și piardă răbdarea și să-și strângă de braț copilul care face o criză în fața casei unui magazin, de exemplu. În schimb, acest părinte nu va ajunge la o înlănțuire de comportamente violente care să se constituie în maltratare.

O altă variabilă de care trebuie să ținem cont atunci când definim pragul dincolo de care putem vorbi de maltratare este contextul sociocultural în care trăiește copilul, pentru că este foarte clar că nu există o idee universal valabilă referitoare la cea mai bună metodă de a crește un

copil. Cu alte cuvinte, pentru a fi operaționale, definițiile diferitelor forme de maltratare trebuie să fie adaptabile fiecărui context socio-cultural.

În fine, definiția diferitelor componente regrupate în conceptul de maltratare depinde de obiectivele profesioniștilor. De exemplu, în profesiile juridice, pentru a lua o decizie juridică, se pune accesul pe dovezile de abuz, în funcție de legea în vigoare, în timp ce, pentru a realiza o intervenție în favoarea copilului, profesioniștii din domeniul sănătății mintale sunt preocupați mai ales de efectele maltratării.

1.2.2.4. Tipuri de maltratare a copilului

„În DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), conceptul de maltratare regrupează trei componente principale: abuzul fizic (sau violența), abuzul sexual și neglijarea. reunite sub titulatura „Probleme legate de abuz sau neglijare", aceste componente sunt clasificate la „Alte situații care pot face obiectul unui examen clinic" în DSM-IV. Situațiile din această secțiune sunt codificate pe Axa I. Abuzul fizic asupra unui copil poartă codul T74.1, abuzul sexual, T74.2, iar neglijarea, T74.0. Trebuie menționat și Y07.X [995.5], când motivul examinării se referă la victimă" (Ionescu, 2001: 16).

Primele două componente (violența și abuzul sexual) se referă la comportamente inadecvate din partea unor persoane care se află în mod obișnuit într-un raport de autoritate cu copilul. Este vorba, de obicei, despre adulți, dar poate fi vorba și despre adolescenți (Heston, 1993). Neglijarea, din contra, se referă la omiterea unor gesturi necesare unei bune dezvoltări a copilului. Aceste gesturi sunt comise de persoanele care răspund de copil.

Trebuie să reținem că maltratarea este de două tipuri (Gabel, 1999):

1. maltrarea de criză, care apare în mod normal în familiile cu o funcționare armonioasă, dar al căror ciclu de viață trece prin momente de adaptare care le pun în pericol echilibrul intern, copiii devenind atunci țapii ispășitori ai crizei;

2. maltratarea transgenerațională, este întâlnită în familiile al căror mod de viață este haotic, ale căror relații sunt dezorganizate și în care carențele, maltratările și confundarea rolurilor se repetă de-a lungul mai multor generații.

„Din punct de vedere al intervenției în maltratare se identifică două categorii de copii: copii în situații de risc de maltratare și copii victime ale maltratării" (Muntean, 2001: 56).

Copiii în situații de risc de maltratare: cei care au condiții de existență (viață) ce riscă să le pună în pericol sănătatea, moralitatea, educația, întreținerea, dar care nu au fost încă maltratați.

Reperarea precoce a riscului poate conduce la măsuri care să prevină producerea maltratării. În general necesită un sprijin pentru familie astfel ca aceasta să devină capabilă de a crește copilul.

Copiii victime ale matratării: cei care sunt victimile violenței fizice, mentale, a abuzului sexual, a neglijării severe cu consecințe grave asupra dezvoltării fizice și psihice.

În general se evaluează locul, forma, asocierea leziunilor, în relații cu vârsta copilului și cu mărturiile copilului (implicite sau explicite în comportamentul copilului). Adesea prin îndepărtarea copilului de relația maltratantă semnele dispar, ceea ce constituie o dovadă în plus a maltratării.

„Copiii expuși maltratării formează un grup foarte eterogen. În literatura de specialitate există o diferență uzuală între patru tipuri de maltratare:

- copii expuși abuzului fizic;
- copii neglijați:
- copii expuși abuzului emoțional;
- copii expuși abuzului sexual (Killén, 1998: 26).

Termenul de abuz asupra copilului folosit pentru prima dată de H. Kempe pentru a descrie copilul bătut este astăzi folosit pentru toate formele de maltratare, nu doar pentru abuzul fizic, dar și pentru formele de neglijare și abuz emoțional și sexual.

„Variațiile abuzului se înscriu pe o gamă largă de intensități, de la maltratarea lejeră, simpla neglijare (indiferență față de nevoile fundamentale ale copilului și față de îngrijire) ori diferitele forme de abuz emoțional (injurii, ironie, umilire, depreciere, exigențe sau constrângeri nerealiste, violență verbală), până la formele de abuz fizic (bătaie, schingiuire, explotare prin supunere la munci nepotrivite cu vârsta) și abuz sexual (inclusiv expunerea la situații imorale). Abuzul grav, repetat, mai

ales asupra unui copil mic, poate conduce la moarte – accidental sau prin infanticid sadic" (IXth ISPCAN, European Conference on Child Abuse and Neglect, 2003).

Abuzul fizic

„Abuzul fizic este probabil cea mai frecventă formă de abuz.

A fost prima formă de abuz recunoscută de specialiști, și definită de H. Kempe, inițiatorul domeniului prevenirii abuzului și neglijării copilului, ca fiind: «atacuri neaccidentale sau injurii fizice, mergând de la forme minime până la injurii fatale, provocate copilului de către persoana care îl îngrijește»" (apud, Lynch, 1985) (Muntean, 2001: 48).

Abuzul fizic asupra copilului „reprezintă acțiunea sau lipsa de acțiune (singulară sau repetată) din partea unui părinte sau a unei persoane aflată în poziție de răspundere, putere sau încredere care are drept consecință vătămarea fizică actuală sau potențială.

El presupune pedepse ca: așezarea în genunchi a copilului, legarea lui, lovirea, rănirea, otrăvirea, intoxicarea etc." (Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 11).

În general abuzul fizic asupra copilului presupune folosirea forței fizice de către cel care îngrijește copilul (părintele, tutorele, părintele de plasament, baby-sitter) având ca rezultat vătămarea copilului. Categoria copiilor abuzați fizic îi include pe cei care au fost răniți în mod deliberat, precum și pe cei răniți datorită insuficientei supravegheri.

„Gelles și Straus prevăd două stadii de dezvoltare a paternurilor abuzive și de facilitare sau inhibare a factorilor compensatori sau destabilizatori al abuzului: expresivitatea violenței în abuzul fizic, văzută ca modalitate de reducere a tensiunilor acumulate, dar și ca reacție de răspuns la acțiunea violentă a altei persoane asupra abuzatorului și legitimitatea actului violent explicat prin folosirea forței în situații sociale speciale"(Miftode, 2002: 165).

Violența fizică se exprimă prin diferite gesturi aplicate copilului, în mod intenționat, de către o altă persoană, gesturi care pot merge de la pedepse corporale excesive până la comportamente extreme, care pot pune în pericol viața copilului. Printre consecințele comportamentelor extreme care pot fi regăsite în semnalările referitoare la copiii abuzați

fizic putem cita: arsurile de țigară, fracturile, hemoragiile interne. Acestea sunt consecințele cel mai des semnalate și identificate de medicii din spitale, pentru că ele au consecințe grave asupra dezvoltării copilului.

„Se poate face distincția între violența «legitimă» pentru abuzator, care este justificată în ochii acestuia (de exemplu, atunci când este legată de corectarea unui tip de comportament), și violența «nelegitimă», nejustificată (ca de exemplu, arderea copilului cu țigara)" (Ionescu, 2001: 17).

Abuzul emoțional (psihologic)

„Toate formele de abuz și neglijare a copilului au componente și consecințe psihologice. Anumite forme de maltratare au însă, ca instrument, tocmai mijloace de natură psihologică, de aceea cercetători ca Garbarino, Guttman și Seelly (1986), precum și Brassard, Germain și Hart (1987) au propus definirea abuzului psihologic ca fiind o formă distinctă de rele tratamente" (Roth-Szamosközi, 1999: 49). Garbarino și colegii săi considerau în 1986 că maltratarea psihologică nu trebuie considerată ca fiind doar o consecință a celorlalte forme de rele tratamente, subordonată față de ele, ci - dimpotrivă - ar trebui să fie luată ca pilon central al eforturilor de înțelegere a disfuncționării familiei, precum și a nevoilor de protecție a copilului. Garbarino și colaboratorii definesc abuzul psihologic comis împotriva unui copil ca fiind „atacul concertat al unui adult asupra dezvoltării conștiinței de sine și a competenței sociale a copilului" (1986, p. 8).

„Abuzul emoțional asupra copilului este un comportament comis intenționat de un adult lipsit de căldură afectivă, care jignește, batjocorește, ironizează, devalorizează, nedreptățește sau umilește verbal copilul, în momente semnificative sau repetat, afectându-i, în acest fel, dezvoltarea și echilibrul emoțional" *(IXth ISPCAN* European Conference on Child Abuse and Neglect, *2003)*. Abuzul emoțional reprezintă respingerea copilului ca ființă; fie intruziunea emoțională, fie ignorarea emoțiilor pozitive sau negative, „călirea" prin reguli stricte, fără drept de negociere, înfricoșarea copilului prin izolare, închizându-l în spații întunecoase, făcându-l să aștepte cu încordare, dezamăgindu-l, mințindu-l, blamându-l, amenințându-l cu abandonul, abordându-l cu atitudini inconsecvente pentru același tip de greșeli, comunicând cu el într-o manieră neclară, ambientală, prea încărcată, insensibilă. Tot abuz emoțional poate fi con-

Mai pe scurt, prin definiția sa, abuzul sexual împotriva copilului este obligarea sau îndemânarea acestuia, de către o persoană adultă, să participe la activități sexuale care servesc plăcerii adultului.

Abuzul sexual asupra copiilor este un fenomen nou cu care se confruntă specialiștii și opinia publică în general. Este greu de estimat incidența acestui fenomen, mai ales din cauza faptului că acesta nu este raportat de obicei datorită mentalității părinților sau persoanelor care îngrijesc copiii, conform căreia trebuie păstrat secretul presiunilor exercitate de abuzator și, nu în ultimul rând, datorită faptului că opinia publică nu este încă pregătită pentru a reacționa în astfel de cazuri.

„Abuzul sexual este implicarea unui copil într-o activitate sexuală pe care el nu o înțelege, pentru care nu are capacitatea de a-și da încuviințarea informată, pentru care nu este pregătit din punct de vedere al dezvoltării sau care încalcă legile sau tabuurile sociale" *(apud,* Raport of the Consultation on Child Abuse Prevention - *WHO, Organizația Salvați Copiii/ Alternative Sociale, 2002, p. 12).*

Copiii sunt dependenți de cei care îi îngrijesc pentru satisfacerea nevoilor fizice și emoționale. Din această cauză abuzul sexual asupra copiilor poate fi săvârșit de părinți, bunici (Margoliu 1992, a) și alte rude apropiate (Margoliu 1994), precum și de către alți adulți de „încredere" (de exemplu, prietenul mamei) (Margoliu 1992, b), profesorul, vecinul sau persoana care îngrijește copilul (Margoliu 1992, c).

„Abuzul sexual săvârșit de către cei ce îngrijesc copilul cuprinde un larg spectru de activități, de la urmărirea împreună cu copilul a filmelor sau revistelor porno până la privirea adultului în timpul masturbării sau practicarea unor jocuri cu tentă sexuală, ca pipăirea și apoi masturbarea sau intromisiunea orală, anală sau genitală. Adultul folosește astfel copilul pentru satisfacerea propriilor sale nevoi (Finkelhor, 1986)" (Killén, 1998, pp. 39-40).

Copilul este supus unei relații de dependență culpabilizatoare, în care el trebuie să respecte tăcerea în ceea ce privește abuzurile sexuale, sub amenințarea că va crea necazuri abuzatorului. Impactul abuzului sexual depinde de identitatea abuzatorului (un abuz intra-familial - incestul în special - este mult mai dăunător decât un abuz extrafamilial), de vârsta

copilului și de caracteristicile episoadelor de abuz sexual (frecvente, cu sau fără penetrare etc.).

Neglijarea

„Considerată de unii autori ca o formă specifică de abuz, neglijarea este incapacitatea sau refuzul adultului de a comunica adecvat cu copilul, de a-i asigura nevoile biologice, emoționale, de dezvoltare fizică și psihică, precum și limitarea accesului la educație" (Organizația Salvați Copii/ Alternative Sociale, 2002: 13).

„Neglijarea copilului presupune privarea minorului de satisfacerea nevoilor sale biologice, emoționale și de dezvoltare psihică. Astfel, neglijarea fizică se referă la privarea de alimentație, de îmbrăcăminte, de medicamente sau de domiciliu; neglijarea educațională implică tot ceea ce ține de frecventarea unei forme de învățământ, prin obligarea copilului la alte activități decât cele școlare sau la vagabondaj, iar neglijarea emoțională presupune ignorarea evenimentelor importante din viața copilului, omiterea încurajărilor așteptate de copil, modalitățile neadecvate de răspuns la nevoile sale emoționale" *(IXth ISPCAN* European Conference on Child Abuse and Neglect, *2003).*

Neglijarea mai este definită ca reprezentând condițiile în care persoana responsabilă de îngrijirea copilului, fie intenționat, fie din neatenție, permite copilului să experimenteze suferințe care pot fi evitate și/sau nu reușește să asigure una sau mai multe condiții care sunt esențiale pentru dezvoltarea capacităților fizice, intelectuale și emoționale ale unei persoane,

Neglijarea pune în pericol dezvoltarea normală a copilului - dezvoltarea bio-psihi-socio-culturală - și, prin efecte grave pe care le produce, necesită intervenție promptă și adecvată.

Cele mai grave forme de neglijare sunt:

- neasigurarea unei alimentații adecvate nevoilor de dezvoltare ale copilului;
- neasigurarea unei îmbrăcăminți adecvate;
- dezinteres față de starea de sănătate a copilului;
- locuință cu spațiu și igienă necorespunzătoare;
- insuficienta supraveghere;

- lipsa de preocupare pentru educația copilului;
- privarea copilului de afecțiune;
- abandonul copilului.

Chiar dacă există o diferență uzuală între tipurile de abuz asupra copilului, ele se întrepătrund, astfel încât fiecare formă de abuz prezintă componente din celelalte forme.

Clasificarea abuzurilor în abuz fizic, psihic, sexual este artificială pentru că, de fapt, există o împletire a diferitelor forme de abuz. Abuzul fizic are și consecințe psihice, abuzul sexual este însoțit de efecte fizice și psihice asupra copilului, abuzul economic poate deveni abuz fizic (dacă munca depășește capacitatea fizică a copilului), emoțional (mai ales dacă munca este umilitoare) sau sexual (prostituția, pornografia).

„Evantaiul formelor de rele tratamente este larg, cuprinzând toate aspectele personalității: cel fizic, cel psihic (emoțional), cel moral și cel sexual. De obicei relele tratamente cuprind și laturile fizice ale personalității, iar abuzurile sexuale sunt însoțite cel mai adesea de vătămări fizice și întotdeauna de vătămări emoționale. De asemenea, abuzurile fizice au adesea repercursiuni psihice și uneori au motivații sexuale sau sunt însoțite în mod expres de un comportament sexual" (Roth-Szamosközi, 1999: 45). Dacă formele de rele tratamente se întrepătrund, cu atât mai mult coexistă consecințele lor, care se manifestă simultan sau consecutiv asupra tuturor laturilor personalității copilului, putând induce tulburări în dezvoltarea personalității pe plan cognitiv, emoțional, moral și sexual. Astfel, abuzul fizic, cel psihic sau sexual poate conduce la retard în dezvoltarea intelectuală, la tulburări de echilibru emoțional și la consecințe fizice pe plan psiho-somatic.

Abuzul de orice formă înseamnă profitarea de pe urma diferenței de putere dintre un adult și un copil, desconsiderarea personalității celui de-al doilea. El poate fi regăsit oriunde și oricând în istoria și în prezentul societății omenești, în artă și literatură, în legendele omenirii și în poveștile pentru copii. „Abuzul înseamnă violența adultului împotriva copilului, fenomen care este prezent în realitatea noastră astăzi, mai aproape sau mai departe de căminul nostru, în funcție nu numai de valorile noastre,

dar și de tradițiile pe care le urmăm în creșterea copiilor și de capacitatea de a ne controla impulsurile." (Roth-Szamosközi, 1999: 46)

1.3. Teorii explicative privind abuzul asupra copilului

„Pentru ca protecția copiilor împotriva abuzurilor să poată dobândi consistența procedurală, profesioniștii au elaborat modele explicative care să le permită înțelegerea elementelor constituive și contextuale ale apariției relelor tratamente" (Roth-Szamosközi, 1999: 131).

- contextul de viață al copilului înainte de maltratarea propriu-zisă;
- caracteristicile traumatice ale relelor tratamente;
- reacțiile copilului și ale agenților semnificativi din mediul său de viață ca urmare a relelor tratamente și dezvăluirii acestora;
- modul cum se suprapune maltratarea peste dezvoltarea copilului;
- cursul recuperării în urma relelor tratamente.

1.3.1. Concepția medicală privind abuzul asupra copilului

Una din primele, dar și astăzi influentele concepții privind abuzul comis împotriva copilului este cea care consideră acest fenomen ca o boală.

„Descriind simptomele după care pot fi diferențiate traumatismele neaccidentale de cele accidentale suferite de sugari, pornind de la sindromul abuzului fizic pe care l-a descris la sugari („battered baby sindrom"), Kempe (1962) a fundamentat concepția medicală privind abuzurile.

Pornind de la criterii medicale, s-a considerat că abuzul asupra copilului este o boală suficient de bine delimitată pentru a fi considerată o unitate specifică de diagnostic. Patologia specifică acestei „boli" constă, primordial, în tulburări de personalitate ale părinților, tulburări care se manifestă în relația lor cu propriul copil, sub acțiunea unor factori stresori specifici relației părinți-copii" (Roth-Szamosközi, 1999: 132).

Caracteristicile părinților care își maltratează copiii:

- imaturitate
- izolare socială
- stima de sine redusă
- obținere dificilă a plăcerii
- percepție falsă despre copil, adesea cu schimbarea rolurilor
- frica de a răsfăța copilul
- încredere în valoarea pedepsei
- incapacitatea de a dovedi emoție privind nevoile copilului și de a răspunde adecvat.

Unii părinți care comit abuzuri aparțin tipului de personalitate lipsit de autocontrol, imatur, cu impulsuri violente și agresivitate cronică; într-un alt tip s-ar încadra acei părinți care prezintă personalități rigide, lipsite de căldură, care sunt detașați de copii și de problemele lor; la unii părinți care comit abuzuri s-a găsit un grad scăzut de inteligență; dar alții au avut inteligența normală sau chiar superioară; din punctul de vedere al forței personalității; unii părinți au ca trăsături tipice anxietatea, autoculpabilizarea excesivă, precum și depresia cronică, pe când alții sunt plini de sine și lipsiți de remușcări. Este greu să se asocieze în mod global o anumită tipologie patologică la cazuistica părinților care abuzează frecvent copiii.

În urma unei analize a situației sociale a copiilor bătuți, s-a constatat că mulți dintre ei proveneau din sarcini nedorite și/sau nașteri nelegitime, aveau părinți prea tineri sau existau suspiciuni de infidelitate între soți. Factorii legați de statusul socio-economic pot influența și ei stresul suportat de părinți. În această concepție medicală, factorii sociali nu se consideră ca având o valoare explicativă în privința tulburărilor relației părinte-copil. Ei sunt însă considerați ca acționând asupra factorilor de personalitate, capacitatea de rezistență la stres fiind, în concepția medicală, o caracteristică de personalitate.

„Pornind de la constatarea că părinții își tratează adesea în mod diferit proprii copii naturali, s-au identificat anumite caracteristici ale copiilor care, din cauza stresului indus părinților, sporesc riscul comportamentului abuziv. Este vorba de factori ca greutatea scăzută la naștere, prematuritatea, un anume handicap sau o boală cronică a copilului, tempe-

ramentul irascibil, neliniștit al acestuia. Acești factori pot conduce la dificultăți sporite ale părinților, ceea ce constribuie uneori la deficiențe ale relaționării părinte-copil" (Roth-Szamosközi, 1999: 134).

Toate încercările de a stabili o tipologie foarte clară a părinților de tip abuziv par să conchidă că nu există un singur tip de trăsături psihice sau de caracteristici ale copilului sau ale situației de viață a familiei, care să cauzeze instalarea unor tulburări grave în relația părinte-copil, de tipul abuzului și a neglijării copilului. Este mult mai probabil ca factorii cauzali să se întrepătrundă. Concepția medicală privind abuzul are menirea, la fel ca în cazul descrierii celorlalte boli, de a permite descrierea simptomelor, recunoașterea și diferențierea lor, dar și prevenirea din timp a instalării bolii.

Cunoașterea simptomatologiei și a etiologiei permite nu numai diagnosticul sindromului de „copil bătut", dar permite și identificarea preventivă a personalităților predispuse să comită abuzuri. În științele medicale, metodele principale de prevenție constau în distrugerea sau reducerea contactului cu agentul cauzal și tratamentul pentru reducerea efectului agentului cauzal care nu a putut fi evitat.

În fenomenul de abuz îndreptat împotriva copilului, agentul cauzal este văzut a fi adultul care comite abuzul. Serviciile sociale și medicale pot încerca depistarea acestor persoane și influențarea lor pentru a înlătura sau cel puțin pentru a reduce pericolul pentru copii (Gough, 1993).

„În concluzie, modelul medical de analiză a cazurilor de abuz are avantaje incontestabile. El are o clară tendință spre obiectivitate, dorind să stabilească manifestările măsurabile ale abuzului și neglijării copilului.

Cu ajutorul simptomatologiei descrise, pe baza modelului medical, s-au inițiat studii de prevalență a fenomenului de rele tratamente îndreptate asupra copilului." (Roth-Szamosközi, 1999: 142).

1.3.2. Teoria transmiterii multigenerationale a abuzului

„Concepția prin care problemele psihosociale se consideră a fi transmise din generație în generație este larg răspândită. Investigațiile în cazurile de abuz împotriva copiilor au constatat că părinții abuzivi proveneau din familii cu un grad crescut de violență, respectiv au fost ei înșiși abuzați în copilărie.

Rutter (1989) consideră că atitudinile și comportamentele parentale sunt complexe și nici transmiterea lor nu poate fi privită unidimensional. Nu stilul parental este cel care se transmite genetic, ci, de exemplu, predispoziția către unele tulburări psihice. Intergenerațional se transmit, de asemenea – dar pe căi sociale și nu genetice – condițiile defavorizante de locuință, de venit, care acționează ca factori de stres social. Susținătorii acestei concepții scot în evidență transmiterea familială a anumitor modele culturale, de creștere a copiilor, modele în care autoritatea parentală, agresivitatea verbală sau fizică, ignorarea sentimentelor copiilor (sau opusul acestuia) sunt caracteristice" (Roth-Szamosközi, 1999, pp. 146-147).

Steele și Pollak (1968) au intervievat 60 de părinți, participanți la un program de tratament psihosocial, care și-au abuzat copiii. Autorii au susținut că toți părinții din grup fuseseră abuzați în copilărie. Deși invocat adesea ca punct de referință în cercetările care relevă transmiterea modelelor parentale peste generații, studiul a folosit o definiție neclară (prea largă) pentru a defini ceea ce înseamnă experiențe traumatice datorate abuzului în copilărie și nu a recurs la un grup de control, pentru a verifica diferențele de frecvență în privința experiențelor raportate prin interviu.

Sintetizând concluziile a numeroase cercetări care au examinat transmiterea multigenerațională a relelor tratamente adresate copiilor, Kaufman și Zigler (1989) trag concluzie că nu se poate neglija pericolul repetării istoriei abuzului, care este de aproximativ 30%, de 6 ori mai mare decât în populația neselecționată (de 5%).

1.3.3. Teoria ataşamentului

Această teorie specifică are menirea să deschidă calea înţelegerii corecte a procesului de dezvoltare psiho-socială normală a personalităţii în general şi a copiilor în special.

„Unul dintre cercetătorii care au deschis calea spre analiza profundă a acestui domeniu a fost John Bowlby. Studiile lui Bowlby au pus în lumină nevoia puternică a oricărui copil pentru stabilirea unor legături profunde de ataşament cu persoanele adulte (în primul rând, desigur cu părinţii, în lipsa acestora cu bunicii ... sau chiar cu alte rude, vecini, educatori etc.) şi rolul fundamental, în această privinţă, al imaginii pe care şi-o fac copiii despre aceste persoane. În lipsa unei asemenea imagini puternice sau cel puţin normale şi în lipsa unui ataşament adecvat, dezvoltarea copilului este periclitată iar evoluţia lui spre o viaţă de adult firească afectiv este pusă sub semnul întrebării. Stabilitatea şi „forţa" personalităţii adulte îşi au originea în stabilitatea şi profunzimea sentimentelor de ataşament afectiv din timpul copilăriei" (Miftode, 1998: 212).

Ataşamentul are caracter dinamic, adică apare, se formează, se „maturizează", atinge apogeul în anumite condiţii ale copilăriei, se poate deteriora sub incidenţa unor factori, slăbeşte şi chiar dispare atunci când persoana ataşantă dispare şi ea.

Relaţiile de ataşament au – conştient sau inconştient – misiunea de a proteja persoana mai slabă, vulnerabilă în raport cu factorii sau agenţii externi sau interni. În această perspectivă, ataşamentul poate fi definit drept mecanism de protecţie (în legătură directă cu diferitele mecanisme de autoapărare ale individului în cauză - retragerea în sine, uitarea etc.).

Interacţiunea dintre părinţi şi copilul lor este decisivă pentru felul cum se percepe copilul pe el însuşi şi lumea din jurul său, şi cum se dezvoltă.

Interacţiunea este importantă pentru gradul şi calitatea ataşamentului copilului faţă de părinţi.

„Un ataşament faţă de cineva înseamnă să fii absolut dispus să cauţi apropierea şi contactul cu persoana în cauză şi, mai presus de toate, atunci când situaţia este nesigură.

Pare a fi o presupunere comună că există întotdeauna un ataşament pozitiv faţă de părinţi. Nu este aşa. Calitatea interacţiunii decide calitatea ataşamentului.

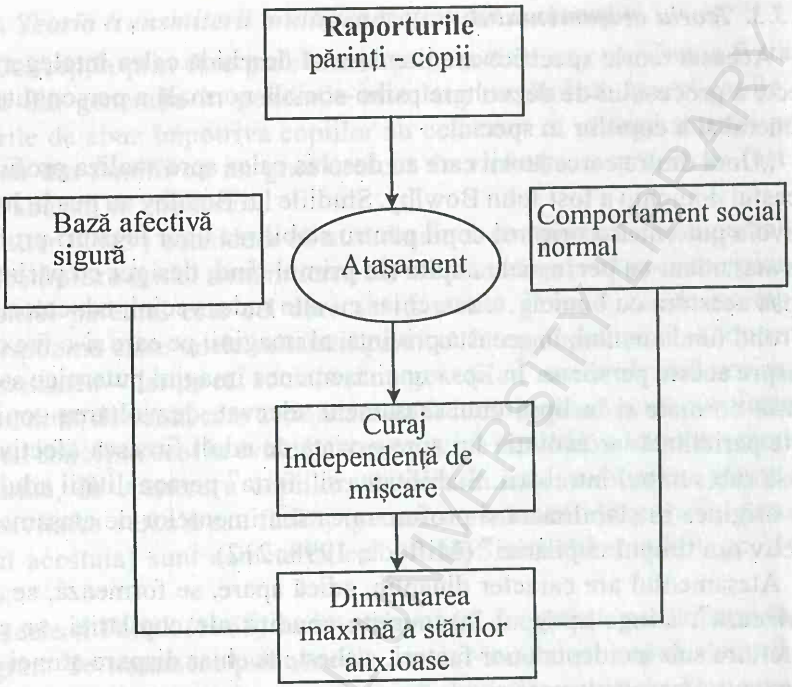


Fig. 1
Teoria atașamentului
Raporturi inter-variabile

Comportamentul de atașament poate fi cel mai bine observat atunci când copilul este obosit, speriat, bolnav sau are o nevoie specială de îngrijire" (Killén,1998: 190).

Mai multe cercetări efectuate au studiat în special modelele de atașament asociate cu abuzul fizic și neglijarea.

Schneider, Braunwald, Carlson și Cicchetti (1985) au arătat că un copil maltratat, spre deosebire de alți copii, are un atașament nesigur față de persoanele care îi acordă îngrijire.

Crittend (1985) a descoperit că toți copiii abuzați și neglijați au prezentat atașament nesigur față de părinții lor.

Atașamentul între părinți și copii apare ca un fir invizibil între ei. Acolo unde părinții și-au privat copilul și au negat interacțiunea și stabilitatea în relația cu ei, este greu să precizezi comportamentul de atașament al copilului.

Acolo unde inițiativa și lipsa de răspundere din partea celui care oferă îngrijire este slabă sau absentă, copilul se abține de la comportamentul orientat spre atașament.

În evaluarea îngrijirii oferite copilului este foarte important să observăm calitatea interacțiunii și a tipului semnificativ de atașament. Calitatea atașamentului este factorul central, la fel ca și posibilitățile individuale ale copilului pentru dezvoltare, potențialul lui cu alte persoane.

Copiii cu atașament sigur sunt cei mai flexibili.

Este nevoie ca tratamentele să fie îndreptate spre aceste modele de interacțiune.

1.3.4. Concepția ecologică-interacționistă privind abuzul

Analiza ecologică care studiază relația dintre individ și mediul în care trăiește este o metaforă sugestivă pentru concepția care are ca perspectivă de bază analiza și înțelegerea relației dintre individ și propriul său mediu.

„Modelul ecologic aplicat în asistența socială a fost preluat din teoria sistemelor, printre primii de către Germain (1973, 1979).

Pentru a surprinde varietatea influențelor de mediu, Bronfenbrenner (1979) propune studiul unei probleme sociale concomitent, la diferite nivele ale sistemului pe care îl reprezintă mediul social: al microsistemului, al mezosistemului și al macrositemului" (Roth-Szamosközi, 1999, pp. 154-155). Acest model a fost dezvoltat de Belsky (1980) pentru a servi ca un cadru teoretic integrator pentru comportamentele sociale, inclusiv cele din categoria relelor tratamente împotriva copilului.

Analiza de la nivelul subsistemului ontogenetic se preocupă de factorii individuali care privesc părintele care comite agresiuni împotriva copiilor săi (exemplu: istoria parentală, nivelul de dezvoltare intelectuală, înțelegerea nevoilor copilului etc.).

Microsistemul se referă la relațiile familiale care constituie mediul de viață proxim al copilului (tipul și mărimea familiei, influența copilului

asupra dinamicii familiale, evenimente familiale care pot avea un rol declanșator în producerea unor fenomene de tipul maltratării).

Exosistemul este mediul mai larg de existență al unui individ sau al unei familii nucleare. El cuprinde familia lărgită, vecinătatea în care locuiește familia, comunitatea (etnică, religioasă) de care ea aparține, incluzând toate valorile și relațiile mai mult sau mai puțin suportive din acel sistem.

Macrosistemul este cel mai larg cadru de influență asupra fenomenelor din familie. În această categorie intră atitudinile societății față de violență și față de copii, așteptările față de școală, nivelul de viață din societate, politicile sociale în vigoare etc.

La nivelul tuturor acestor sisteme, Cichetti și Rizley constată factorii facilitori (de risc) și compensatori ai maltratării copilului.

„Există o distincție între factorii situaționali stabili și cei tranziționali, atât în categoria factorilor compensatori cât și în cea a factorilor de risc. Printre factorii care contribuie în mod stabil la creșterea riscului de abuz pot fi înșirate caracteristicile de personalitate ale adultului, respectiv ale copilului, cum ar fi: lipsa stimei de sine, experiența unui abuz suferit în copilărie, dar și izolarea socială, sărăcia. De asemenea, se mai pune în evidență factorii de la nivelul macrosocial, cum ar fi acceptarea culturală a violenței, a pedepselor fizice etc." (Roth-Szamosközi, 1999: 166)

Factorii tranziționali de risc sunt purtători ai unor evenimente stresante care acționează pe durată mai scurtă (dificultățile în viața maritală, șomajul, schimbările din viața familiei etc.).

Dintre factorii compensatori de durată putem enumera climatul familial stabil, încrederea părintelui în propriile capacități parentale. Dintre factorii biologici pot fi remarcați cei legați de sănătatea membrilor familiei, dintre factorii economici se remarcă stabilitatea socio-economică, iar dintre factorii culturali, accentuarea metodelor neviolente de educare și socializare.

Factorii compensatori cu valoare tranzițională pot și ei aduce progrese în atitudinea de nemaltratare a copilului (perioadele fericite și de armonie din viața unui cupul marital).

Acțiunea factorilor stabili și tranziționali de risc amintiți nu poate fi determinată prin ea însăși, pentru declanșarea unui comportament abuziv

la adresa copilului. Maltratarea este explicată în acest model prin interrelația factorilor compensatori și a celor de risc. Rezultă că abuzul împotriva copilului este un fenomen multicauzal în care factorii care privesc dezvoltarea și personalitatea copilului interacționează cu factorii personalității părinților, interacțiunea lor trebuind analizată din perspectiva nivelurilor individuale, familiale, interpersonale, organizaționale și macrosociale.

„Perspectiva ecologică asupra riscului privind copilul ne trimite la principalele relații de interacțiune dintre copil, părinții săi (sau înlocuitorii lor) și subsistemele modului lor de trai." (Roth-Szamosközi, 1999: 169)

Conform principiului interacțiunii factorilor, riscurile pentru copii provin din interacțiunile părinților cu proprii copii, ambii prezentând anumite particularități și experiențe psihologice date. Aceste interacțiuni sunt influențate de elementele microclimatului social, cu propriul nivel de stres influențat, la rândul său, de factori sociali independenți de individ sau de familie. Aceasta însemnă că acțiunile și atitudinile parentale de neglijare sau de abuzare a copiilor pot fi concepute ca reacții inadecvate, improprii, la stresul social. Părinții care comit rele tratamente sunt – deci - în majoritatea lor indivizi cel mai adesea normali, care încearcă să facă față condițiilor lor severe de viață cu ajutorul unor mecanisme adaptative individuale, formate pe parcursul propriei lor dezvoltări ontogenetice.

1.3.5. Concepții de factură sociologică

Analiza familiilor ce-și maltratează copiii este concentrată asupra modului în care ei luptă cu problemele sociale și economice, pe lângă propriile lor probleme din interiorul familiei.

Deseori ei au dificultăți economice considerabile, se confruntă cu o proastă acomodare, condiții de muncă nesigure sau lipsa unui loc de muncă.

Modul în care acești factori afectează maltratarea poate fi evaluat. Ei sunt, de obicei, interrelaționați.

"Simons (et al. 1966) a studiat abuzul fizic exercitat de părinți în familiile cu multe probleme. El a arătat că numai factorii socio-economici nu sunt o cauză a abuzului. A fost stabilită o interacțiune între factorii sociali, psihici și emoționali. În orice caz, abuzul fizic apare mai des în

regiunile cu familii ce au un venit redus (Garbarino, 1976) și o rată mare a șomajului (Cochran și Brassard, 197). Flatten (1983) a arătat că venitul familial și tipul familiei determină cine va deveni client al serviciului pentru bunăstarea copilului. Cu toate acestea, o situație materială bună poate, de asemenea, să ascundă maltratarea. Tot așa cum situațiile economice pot fi ele însele motivele abuzului. De exempu, lipsa de control a impulsurilor poate conduce atât la probleme economice cât și la abuz" (Killén, 1998, pp. 206-207).

Factorii de stres pot genera efecte negative. Un singur factor nu trebuie în mod necesar să reprezinte un risc deosebit.

Din ce în ce mai mulți cercetători ai fenomenului maltratării includ factorii legați de situația economică printre determinanții comportamentului parental. Mai mult, mediul socio-economic (scăzut sau ridicat) și calitatea suportului social al familiei sunt considerate astăzi de autori ca Aber et al. (1989), Mill și Aldgate (1996), Thoburn (1997) ca fiind factori care influențează nu numai declanșarea relelor tratamente, dar și consecințele abuzului asupra dezvoltării copilului, precum și posibilitățile de intervenție în aceste cazuri.

„Alături de nivelul socio-economic scăzut – și nu independent de acest nivel – se constată adesea ponderea crescută a relelor tratamente în familii cu mulți copii. Pentru a ilustra semnificația acestui factor, Zigler și Mall (1898) notează că 40% din cazurile de maltratare din S.U.A. se petrec în familiile cu 4 sau mai mulți copii, deși aceste familii sunt reprezentate doar 20% în populația totală" (Roth-Szamosközi, 1999: 161).

În figura de mai jos este ilustrată legătura dintre factorii socio-economici cei familiali și caracteristicile copilului.

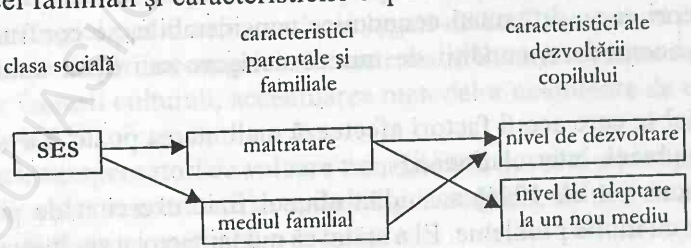


Fig. 2
Diagrama unei teorii unificatoare a abuzului (Aber et al., 1989)

Rezultatele cercetării privind expunerea copiilor din județul Cluj la abuz și neglijare (Rotariu et el., 1996) arată că riscul de abuz comis asupra copiilor crește odată cu precaritatea stării materiale a familiei.

Această concluzie a rezultat din analiza răspunsurilor la chestionare a 792 de copii și 485 de părinți. Conform tabelului de mai jos, din punctul de vedere al riscului expunerii copiilor la abuz, familiile mai sărace se disting clar de cele mai înstărite. (Roth-Szamosközi, 1999: 161)

Tabelul 1.3.1.

Starea materială și riscul de abuz în familie

Starea materială a familiei	RISCUL DE ABUZ			
	elevi		părinți	
	da	total	da	total
mai săracă	36	69	50	109
	52,2%	8,7%	45%	22%
medie	177	664	43	190
	26,7%	83,8%	22,6%	39,2%
mai înstărită	13	59	43	186
	22%	7,4%	23,1%	38,4%
Total	226	792	136	485
	28,5%	100%	28%	100%

Procentul copiilor expuși maltratării în familie cu nivel socio-economic scăzut este de aproape trei ori mai mare decât în familiile cu nivel socio-economic ridicat.

Relațiile semnificative între numărul de copii din familie și relele tratamente împotriva lor au reieșit și ele din studiul de la Cluj. (Roth-Szamosközi, 1999: 162).

Tabel 1.3.2.

Riscul de abuz în funcție de numărul membrilor din familie

Număr de copii sub 18 ani	RISCUL DE ABUZ			
	elevi		părinți	
	da	total	da	total
1 copil	63	254	30	157
	24,8%	31,9%	19,1%	32,2%
2 copii	97	349	69	235
	27,8%	43,9%	29,4%	48,2%
3 copii	35	114	24	64
	30,7%	14,3%	37,5%	13,1%
4 copii sau mai mulți	32	78	13	32
	41%	9,8%	40,6%	6,6%
Total	227	795	136	488
	28,5%	100%	28%	100%

Pedepsele fizice grave sunt aplicate de peste trei ori mai frecvent în familiile cu patru și mai mulți copii față de cele cu un singur copil și de două ori mai frecvent decât în familiile cu doi copii (Rotariu et al., 1996). Și din această cercetare se confirmă, deci, că numărul de copii din familie este un factor important de creștere a stresului familial.

Alături de starea materială și numărul de membri, un alt factor social relevant pentru expunerea copiilor la riscul maltratării este gradul de izolare socială a familiei, respectiv măsura în care familia poate mobiliza un suport social adecvat în favoarea ei, în cazul în care singură nu face față presiunilor sociale.

De aici decurge ideea că riscul de rele tratamente crește în familiile nucleare față de cele tradiționale, în care conviețuiesc simultan mai multe generații.

„Un alt factor social important este apartenența la un grup minoritar. Din studiul de la Cluj amintit deja (Rotariu et al., 1996) a rezultat că numărul copiilor cărora li se aplică pedepse fizice (în general), pedepse fizice grave etc. este mai mare în populația de rromi cuprinsă în lot. Indicatorii dintr-un asemenea grup etnic, religios etc. nu acționează separat, ci sunt cu ceilalți factori de natură comunitară, ca rata delincvenței, condițiile de locuit, gradul de școlarizare, accesibilitatea la servicii sociale". (Roth-Szamosközi, 1999: 163).

BCU IAȘI CENTRU UNIVERSITAR

Cap. II – Abuzul fizic asupra copilului la nivel familial

2.1. Familia și violența fizică împotriva copilului

2.1.1. Caracteristici ale comportamentului parental abuziv în familiile dezorganizate

Familia rămâne grupul social vital în asigurarea îngrijirii, protecției și educației copilului. Factorii familiali sunt ca proximitate și importanță cei care asigură dezvoltarea unei personalități armonioase, securizarea fizică, afectivă și materială a copilului.

Cu toate că familia trebuie să constituie un mediu securizant pentru copil, aici se întâlnesc frecvent diferite forme de abuz.

„Asistenții sociali, cei care lucrează în domeniul protecției copilului, se confruntă zilnic cu familii care nu oferă o îngrijire adecvată copiilor lor. Copiii sunt expuși unor tipuri diferite de neglijare, precum și unor comportamente abuzive din punct de vedere emoțional, fizic sau/și sexual" (Miftode, 2002: 211).

Abuzul familial este comis de membrii familiei copilului - în special de către cei în care copilul are încredere, cei însărcinați cu îngrijirea copilului; de aceea, abuzul asupra copilului în mediul familial prezintă un grad mai mare de gravitate decât abuzurile comise asupra copilului în instituții de ocrotire, școli etc., datorită unei „duble" traumatizări - în

urma abuzului propriu-zis și trauma legată de „lezarea" atașamentului față de persoanele în care avea încredere și pierderea sentimentului de securitate oferit de familie.

Există familii în care relațiile dintre membrii ei (părinți-copii) sunt afectate de diferite probleme care influențează ciclul normal de viață și crează tensiuni cărora părinții și copiii lor le fac față cu greu. Astfel, principalele funcții ale familiei - asigurarea confortului prin satisfacerea nevoilor tuturor membrilor familiei și creșterea noilor generații – se deteriorează treptat, iar de multe ori, pe fundalul acesta, iau naștere comportamentele abuzive îndreptate asupra copilului, care pot varia de la o palmă peste obraz dată copilului până la situații grave care pot conduce la infanticid.

„Maltratarea poate fi mai mult sau mai puțin gravă. Ea poate fi de scurtă sau de lungă durată. Poate fi asociată cu situații particulare sau poate fi cronică. În unele familii aspectul maltratării poate avea o singură dimensiune, pe când în altele copilul poate fi expus la mai multe sau chiar la toate tipurile de maltratare.

Cu toate acestea, există anumite elemente comune legate de lipsa de cunoaștere și respect a nevoilor copiilor, respingere și indiferență" (Sursa: http://www.iatp.md/cnpac/copii maltratați/consultat pe 28.11.2003).

Unor părinți le lipsește abilitatea de a se angaja pozitiv în relația lor cu copilul și de a da prioritate nevoilor de bază ale copilului înaintea propriilor lui nevoi. Copilul poate fi plasat în situația de a trăi în anxietate sau grija continuă de ceea ce s-ar putea întâmpla. Cu oricare dintre aceste categorii am avea a face, pentru realizarea unui ajutor eficient, este indispensabilă o evaluare de ansamblu a copilului și nevoilor sale.

De obicei, abuzuri foarte grave (cum ar fi bătaia), cu consecințe extrem de nefavorabile asupra procesului de dezvoltare și maturizare psihocomportamentală a copilului, se întâlnesc în cadrul familiilor unde lipsesc dragostea, atașamentul și relațiile bazate pe încredere reciprocă. Tatăl își poate bate soția și copiii. Această situație se agravează dacă el este alcoolic. Mama de obicei manifestă un comportament pasiv, de supunere tăcută, susținut de aflarea ei prelungită la serviciu, starea ei bolnăvicioasă sau plecarea pur și simplu din familie.

Ambii părinți, la rândul lor, pot fi victimile unor abuzuri asemănătoare suferite în copilărie. Păstrând conspirația, membrii familiei se comportă de parcă în familie totul merge perfect, forțați de teama inconștientă față de destrămarea familiei și teama de a fi părăsiți. Copilul servește ca mijloc de distracție și consolare pentru părinți, deseori este folosit pentru muncile din casă și pentru a-i îngriji pe copiii mai mici, dar și pentru confortul sexual al părinților sau pentru demonstrarea puterii.

Riscul apariției abuzului asupra copilului în mediul familial depinde foarte mult de calitatea relaționării dintre părinți și copiii lor.

„În evaluarea bunăstării copilului avem tendința de a acorda mai multă importanță factorilor externi decât interacțiunii dintre părinți și copii (Killén Heap). Gray (1978) a comparat 30 de mame abuzive și un grup de control format din 30 de mame normale. Ea a descoperit că aceste grupuri nu se diferențiază unul de altul în mod semnificativ în relație cu factorii de stres la care au fost supuse. Diferența semnificativă între cele două grupări a fost abilitatea acestor mame de a reacționa cu empatie față de dependența copiilor lor și față de comportamentele agresive" (Killén, 1998: 207).

Un copil poate rezista bine unor noi dificultăți venite din exterior dacă interacțiunea cu părinții săi se caracterizează prin acceptare și angajament pozitiv din partea lor.

Rolul empatiei în relația cu abuzul a fost mai departe studiat de Letournean. Ea a studiat relația dintre stres și agresiunile părinților și empatie. În datele obținute de la clasa de jos și cea muncitoare ea n-a găsit nici o legătură între stres și abuz. Pe de altă parte ea a descoperit că lipsa de empatie a fost variabila ce a influențat frecvența abuzurilor în condiții diferite de stres.

Studiile în care se observă interacțiunea dintre părinți și copii confirmă calitatea relației părinte-copil. Interacțiunea dintre părinți și copilul lor este decisivă pentru felul cum se percepe copilul pe el însuși și lumea din jurul său, și cum se dezvoltă.

Astfel, se poate spune că în familiile abuzive lipsa empatiei, atașamentul deficitar, slaba îndeplinire a funcțiilor parentale constituie fundamentul pe care se construiește abuzul asupra copilului, iar factorii externi

influențează viața familială, având de multe ori un rol semnificativ în consolidarea contextului maltratării.

„Familia trebuie să fie un mediu în care copilul să se simtă iubit, să fie în siguranță, să găsească un model parental și un model educațional pe care să-l aplice în viitor când va fi el însuși părinte. Dar nu întotdeauna familia este în armonie, uneori datorită unor factori interni și externi apare un dezacord și o dizarmonie ce constituie un model de alterare a relațiilor părinți-copii".

În familia dezorganizată supravegherea și disciplina copiilor nu are loc în parametri normali. Dezacordul partenerilor naște o tensiune permanentă, agresivitate fizică și verbală, care antrenează un stres cronic. Ostilitatea permanentă între părinți se soldează cu măsuri coercitive față de copii, ceea ce le induce acestora agresivitatea (Irimescu, 2002).

Părinții care nu sunt în relații bune cu partenerul devin brusc nervoși, agresivi și violenți. Părinții deveniți agresivi nu controlează bine activitățile copilului, îl pedepsesc pentru greșeli variate, indiferent dacă au aspect pro-social sau antisocial. Aceste pedepse dure semnifică mai mult dispoziția sufletească a părintelui decât comportamentul vinovat al copiilor. Copilul se simte nemulțumit și iritat, metoda violenței nu îl învață ce trebuie să facă, ci cel mult ce nu trebuie să facă. Se ajunge astfel la o relație nefirească cu copilul și acesta încetează să mai rămână receptiv la măsurile disciplinare impuse. Acest „stil" de relație cu copilul conduce curând la agresivitate din partea lui, știut fiind că măsurile coercitive repetate cresc ostilitatea și agresivitatea.

„Există două tipuri de părinți abuzivi și prin combinare apare și cel de al treilea tip:

- părinți abuzivi din dorința de a disciplina copilul;
- părinți abuzivi din dorința, conștientizată sau nu, de a distruge copilul;
- părinți abuzivi care afirmă că doresc disciplinarea copilului negând intenția distructivă.

De obicei ei sunt cei mai periculoși căci nu-și recunosc tratamentul inacceptabil pe care îl aplică copilului" (Muntean, 2001: 64).

Între metodele educative acceptate de o societate ca fiind potrivite pentru copii și eficiente, și cele considerate ca făcând parte din categoria

tratamentelor dăunătoare dezvoltării normale a copilului există în general o delimitare, care diferă însă de la o societate la alta, de la o cultură la alta.

2.1.2. Limita dintre comportamentul normativ și comportamentul abuziv al părinților

„Fenomenul de abuz asupra copilului este prezent în toate societățile și în rândul fiecărei clase sociale, el fiind considerat un fenomen multidimensional rezultat din interacțiunea mai multor elemente: caracteristicile părinților și ale copiilor, procesul de interacțiune familială, contextul comunitar, cultural și societal" (Miftode, 2002: 157).

Atunci când se delimitează atitudinea normală față de copil de ceea ce se consideră un comportament abuziv este foarte important contextul socio-cultural în care trăiește copilul precum și nivelul de acceptare al societății vizavi de violență, pedeapsă fizică, statutul copilului în societate etc.

Astfel, definirea unui comportament ca fiind abuz/maltratare a copilului trebuie să fie adaptabilă (în acord) cu acel context cultural și social în care copilul trăiește, de valorile și normele pe care le promovează respectiva societate.

„Un exemplu din Canada arată că violența apare atunci când un adult folosește cuvinte considerate ofensatoare față de copil („ești rău", „nu ești bun de nimic"). Este de neconceput folosirea bătăii ca metode educativă. În schimb, în alte culturi, respectarea autorității parentale, supunerea copilului și utilizarea pedepsei corporale fac parte din normele culturale. Ne referim la tradițiile educative din țările mediteraneene și la pedepsele corporale folosite de unele școli din Anglia" (Ionescu, 1999: 15).

În cercetarea sa privind analiza relației mamă-copil în România, Vaida (1998) înscrie abandonul copilului în contextul social, economic și politic al unui regim post-totalitar, al unei societăți în criză. Ea susține că abandonul, în măsura în care constituie un „fenomen", reprezintă un simptom al societății românești actuale. Abandonul nu este doar o problemă singulară în fața unei situații individuale imediate, ci este și un răspuns la o problemă colectivă.

Fiecare tip de civilizație selecționează un anumit comportament normativ, acceptat ca „tratare bună a copilului", dincolo de care ar începe comportamentul abuziv, respectiv maltratarea.

„Un comportament este considerat într-o societate dată ca fiind abuziv, dacă el depășește standardul obișnuit al comunității. Desemnarea unui anumit comportament din cadrul familial ca fiind abuz sau neglijare depinde de o serie de factori sociali și culturali" (Roth-Szamosközi, 1999: 64).

Bătaia peste fund sau o palmă dată unui copil sunt considerate în România forme acceptabile de pedepse date de către părinți. Chiar dacă un părinte aplică aceste forme de pedeapsă în mod frecvent (chiar zilnic), nici un asistent social, oricât de vehement s-ar împotrivi bătăii, nu ar putea considera justificată pedepsirea părintelui, sau decăderea lui din drepturile de părinte numai pe această bază, nici dacă acest stil parental ar prezenta urmări pe planul comportamentului și al echilibrului emoțional al copilului.

„Recunoașterea normelor culturale mai strânse sau mai largi nu înseamnă însă că profesionistul interesat de copil să nu încerce să intervină în folosul unui copil afectat de un asemenea stil parental. Intervenția sa nu va avea însă un fundament la fel de ferm ca în cazul în care legile interzic cu desăvârșire bătaia." (Roth-Szamosközi, 1999: 64)

În Suedia sau în Olanda, astfel de pedepse sunt ilegale și dacă se dovedește că un părinte le aplică frecvent, el poate fi judecat și condamnat pentru abuz fizic împotriva propriului copil.

2.1.3. Violența fizică asupra copilului ca percept educațional în cultura tradițională românească

„În ultimii 25-30 de ani s-a încercat să se răspundă la întrebarea: de ce părinții își abuzează fizic copiii? Mulțimea de date este considerabilă. În ceea ce privește neglijarea sunt mai puține schimbări (Wolok, 1990), iar în abuzul emoțional, încă și mai puține (Covitz, 1986 și Rohner, 1986). În timpul ultimilor ani s-a ridicat adesea această problemă (Finkelhofer, 1988, Furnis, 1991)" (Killén, 1998: 110). Văzută în totalitate, se poate

vorbi chiar de o creștere a volumului de cunoștințe despre părinți în situații de maltratare.

În ciuda preocupării și distanțării noastre, există o bază mai bună decât în vremurile dinainte, pentru a se înțelege de ce se întâmplă inacceptabilul, de ce a nu gândi devine regulă și care sunt circumstanțele, care-i fac pe unii să abuzeze și pe alții să devină salvatori.

Abuzul asupra copilului este favorizat de relaționarea părinte-copil deficitară, de caracteristicile părintelui, ale copilului, de modelul cultural de educare al copilului existent în comunitate, dar nu în ultimul rând de situația socio-economică și contextul familial.

„Diferite știri și reportaje despre abuzuri asupra copiilor sunt difuzat frecvent pe toate canalele de televiziune, astfel că românii sunt conștienți de existența acestei probleme în societate. Cunoașterea se limitează însă doar la cazurile de violență extremă.

Studiile efectuate în perioada 1990-2000 arată o înrăutățire a calității vieții copiilor din România. Maltratarea copilului în societatea românească se manifestă atât în mediul social cât și în cel familial.

Percepția adulților asupra abuzului relevă lipsa acută de comunicare și mentalitatea educativă punitivă lipsită de empatie pentru copil (ca de exemplu: „Trebuie să fii sever cu copilul...", „Bătaia e ruptă din rai!", „Așa am fost crescut și eu...", „Nu poți să crești un copil fără să-l bați...") (Sursa: http://www.cmsc.ro/abuzcopii.html, consultat pe 11.10.2003).

Abuzul este favorizat de factori obiectivi (mentalitatea românească ce consideră bătaia drept un mijloc educativ sigur, sărăcia, șomajul, apartenența la un grup social defavorizat, familiile monoparentale) și de factori subiectivi (perceperea copilului în mod nerealist, tendința de a considera copilul răspunzator pentru satisfacerea nevoilor adultului și nu invers, așteptări nerealiste din partea adultului privind colaborarea copilului, incapacitatea adultului de a avea o relație bazată pe empatie cu copilul și de a-și stăpâni propriile frustări, care se răsfrâng, astfel, asupra copilului).

„Orice adult crede că-și poate exercita liber dreptul de a-l pedepsi pe copil, mai ales când este vorba despre propriul copil. Pedeapsa fizică este folosită pentru a provoca durere. Pedeapsa minoră, cea care nu pericliteză fizic copilul, prin repetare sau folosită impropriu, în concordanță cu

faptele comise, poate conduce la traume psihice și variază de la lovirea cu palma până la utilizarea unor obiecte dure, rănirea, legarea, provocarea de arsuri, trasul de păr sau chiar otrăvirea" (IXth ISPCAN European Conference on Child Abuse and Neglect, 2003). În măsura în care lovirea produce vătămare, risc substanțial pentru sănătate/integritate corporală, pedeapsa gravă devine abuz fizic. La fel poate fi considerată exploatarea puterii de muncă a copilului.

Gradul abuzului diferă în funcție de vătămarea produsă copilului. Forme grave, periculoase pentru sănătatea copiilor apar uneori printre modalitățile „educative" aplicate copiilor de către un părinte, care-și exercită dreptul de a pedepsi copilul.

„E greu de decis unde începe abuzul grav, aceasta mai ales când este vorba de o pedeapsă administrată copilului. Oricât de toleranți am fi cu privire la dreptul părinților de a-și educa copiii și de a-și alege metodele educative, abuzul începe atunci când sănătatea psihică sau fizică a copilului este pusă în pericol. Pornind de la aceasta, considerăm că studiul fenomenului de abuz și neglijare poate porni de la relevarea prevalenței unor fenomene potențial cauzatoare de abuzuri, induse în comportamentele punitive ale părinților" (Roth-Szamosközi, 1999: 47).

Părintele își atribuie drepturi depline asupra modului în care își crește și își educă copilul. Dacă toate lucrurile ar merge bine, nu avea de a face cu atâtea situații în care copii sunt supuși la atitudini incorecte, nepotrivite sau la diferite forme de abuz în propriile lor familii, al căror număr, din păcate, crește pe zi ce trece.

„Din punct de vedere cultural, în România, diferitele forme de violență sunt bine tolerate de către societate. Reamintim în sensul acesta rezultatele studiului întreprins de EPOCH (End Physical Punishment of Children Worldwide) în 1992:

- 96% din populația adultă din România nu consideră că a pălmui copilul înseamnă a-l umili;
- 84% dintre părinți utilizează pălmuirea copilului ca metodă de educație.

Reamintim de asemenea studiul nostru întreprins pe trei generații, care, deși a avut loc în 1997 (Muntean, 1999), rezultatele lui nu se

îndepărtează prea tare de rezultatele obținute de EPOCH în 1992" (Muntean, 2001: 63).

Într-o cercetare condusă în 1997, în Timișoara, școala generală nr. 22, pe un lot de:

- 32 de copii/elevi în clasa a VII-a;
- 36 de părinți ai acestor copii;
- 34 de bunici ai acelorași copii

au rezultat câteva date semnificative care arată că de la o generație la alta conștiința efectelor nocive ale bătăii crește, în vreme ce incidențele de abuz fizic asupra copiilor scad, deși nu în aceeași măsură (Muntean, 1999).

Astfel: copiii recunosc în proporție de 68,7% că sunt bătuți, în vreme ce părinții lor, doar 18,7% consideră că bătaia copilului este o metodă potrivită de educație.

Apare un procent de aproape 50% de copii care sunt bătuți, deși părinții lor știu că aceasta nu este o metodă adecvată de educație.

În generația părinților, 78,1% au fost bătuți de către părinții lor, actualii bunici. Deci 60% dintre părinți care au fost bătuți în copilărie sunt conștienți de efectele negative ale bătăii. Cu toate acestea, ei utilizează bătaia în relația cu copilul lor.

Ei consideră în proproție de 84,3% că bătaia este o metodă necesară în educație.

Aceeași cercetare a investigat de asemenea opinia publică cu privire la bătaia copilului. Rezultatele arată că opinia publică consideră că în familia română abuzul fizic al copilului se întâlnește cu o frecvență de 90% (80% consideră că este un fenomen generalizat și frecvent întâlnit), 16,6% consideră bătaia ca o metodă educativă indispensabilă, iar 20% că este o metodă uneori necesară.

„În cultura tradițională românească a-ți bate copilul semnifică a face om din el și un percept educațional te învață să nu ascuzi bâta de copil. Se știe că unde dă mama crește, iar bătaia e ruptă din rai. Copilului îi dai o mamă de bătaie, ș.a.m.d.

Dacă mentalitatea își recomandă aceste practici, propria ta experiență de copil ți le confirmă, și nu există nici o școală pentru cea mai dificilă și importantă meserie, aceea de părinte, părintele va apela la bătaie și

pedepse fizice fără a se întreba prea mult asupra consecințelor și a căuta alternative." (Muntean, 2001: 63)

În absența unei pregătiri de specialitate, chiar și persoanele care lucrează cu copiii, sunt deci așa zișii „profesioniști", vor fi tributarii aceleiași mentalități, atât în relația cu proprii copii cât și cu cei cărora le oferă serviciile. Mentalitatea se instalează în golul lăsat de ignoranță.

S-au prelucrat diferite categorii ale abuzului fizic. Unele dintre ele fac diferențe între pedepsele disciplinare și abuzul fizic. Unii accentuează asupra faptului că scopurile sunt diferite. „Disciplinarea dorește să-l educe pe copil, indiferent de faptul că suntem sau nu de acord cu forma folosită. «Arată vergeaua și strici copilul». Un preot norvegian o spune alt fel: «Cel ce-și iubește copilul, îl pedepsește». De cealaltă parte, abuzul asupra copilului arată răbufnirile tensiunilor interioare ale părinților" (Killén, 1998: 29).

În unele țări (de exemplu Norvegia) disciplinarea fizică este deja interzisă prin lege, ceea ce nu este cazul României, din nefericire. Pedepsirea fizică a copilului constituie încă, în societatea românească, un mijloc de educare considerat mai sigur decât alte alternative și chiar unul „firesc", dată fiind diferența de putere și poziția copilului în cadrul familiei, cu atât mai mult cu cât disciplinarea fizică a fost folosită generații de-a rândul, și chiar părinții nu au beneficiat de un alt tratament în copilăria lor, care ar fi putut să-i ajute să identifice alte mentalități de a-și educa propriul copil fără a-i afecta acestuia sănătatea și dezvoltarea fizică și psihică.

„Bătaia afectează ceea ce este mai important – sensibilitatea copilului. Chiar dacă a fost să zicem, vinovat, copilul bătut are impresia că este neînțeles, și nu este numai o impresie, bătaia rănește profund demnitatea, îl poate face să piardă încrederea în sine și în ceilalți, diminuează comunicabilitatea și sociabilitatea și naște timiditatea" (Irimescu, 2002).

Sub aspectul psihologic, mecanismul producerii maltratării copilului precum și consecințele nu diferă fundamental de la o societate la alta. Ceea ce diferă sunt formele și frecvența de manifestare a maltratării copilului. Aceste elemente circumstanțiale ale maltratării sunt în relație

cu fundalul socio-economic și cultural, care reprezintă unul din elementele de susținere a fenomenului.

Vom găsi însă mereu aceleași raporturi definitorii între agresor și victimă și aceleași aspecte ale personalității celor implicați.

„Sub aspectul consecințelor, nu există diferențe de la o cultură la alta; ceea ce se atinge în maltratare sunt structurile de bază ale ființei umane. Acestea condiționează capacitatea individului de a se adapta eficient, de a avea o viață autonomă, ceea ce înseamnă inteligență și creativitate în găsirea soluțiilor la micile și marile probleme ale adaptării, și de a crește copii sănătoși și normali" (Muntean, 2001: 64).

2.2. Etiologia și factorii de risc ai abuzului asupra copilului

2.2.1. Argumente în explicarea etiologiei abuzului

Abuzul asupra copilului este explicat ca un fenomen multicauzal, în care factorii care privesc dezvoltarea și personalitatea copilului interacționează cu factorii personalității părinților – interacțiune ce trebuie analizată din perspectiva nivelurilor individuale, interpersonale, instituționale și macrosociale.

„Autori precum Bronfenbrenner (1979), Carlson (1984), Garbarino, Guttman și Seely (1986) în explicarea cauzelor abuzului iau în considerare elementele situate la diferite niveluri ale mediului social:

- *al microsistemului*: tipul și mărimea familiei, natura relațiilor familiale, roluri și paternuri interacționale, influența copilului asupra dinamicii familiale, istoricul familial, evenimentele familiale cu rol de declanșare a abuzului;
- *al mezosistemului*: familia lărgită, vecinătatea, comunitatea etnică, religioasă, normele sociale, locul de muncă, valorile și relațiile suportive și
- *al macrosistemului*: atitudinea societății față de violență și față de copii, stereotipuri de sex și rol, nivelul de trai din societate, probleme sociale, politici sociale" (Miftode, 2002, pp. 162-163).

La nivelul tuturor acestor sisteme, Cichetti și Rizley constată factori facilitatori (de risc) și factori compensatori ai maltratării copilului (Tabelul 2.2.1.1.)" (Roth-Szamosközi, 1999: 167).

Tabelul 2.2.1.1.
Factorii compensatori și cei de risc care influențează maltratarea copilului

Factori	Nivelul ontogenetic, individual	Nivelul microsocial (al familiei)	Nivelul exosistemului (relațiile și componentele comunității)	Nivelul macrosistemului (al societății)
COMPENSATORI	• Inteligența părinților; • Talentele lor speciale; • Nivelul lor ridicat de școlarizare; • Conștiința unui trecut traumatizant (prelucrarea abuzului suferit în copilărie) • Înfățișarea fizică plăcută; • Deprinderile interpersonale bune.	• Familia are copii sănătoși; • Cel puțin un părinte poate oferi suport copilului: • Familia are un statut socio-economic acceptabil (siguranța bunăstării cotidiene)	• Suport social adecvat în rețeaua socială; • Puține evenimente stresante; • Puternică afiliere în comunitatea religioasă; • Experiențe școlare pozitive ale adulților și copiilor din familie; • Intervenții terapeutice profitabile pentru părinți;	• Un tip de cultură care promovează răspunderea față de copii; • Un tip de cultură care se opune violenței și apără victimile; • Prosperitate economică.
DE RISC	• Istoria individuală a părinților cuprinde experiența abuzului; • Stima de sine scăzută a părinților nivelul scăzut de inteligență și de școlarizare, deprinderile inperpersonale ineficiente	• Tensiunile maritale; • Tulburări de comportament ale copiilor; • Boli cronice ale copiilor; • Familia cu un singur părinte; • Statut socio-economic scăzut.	• șomaj; • Izolarea socială a familiei; • Lipsa suportului în rețeaua socială; • Slabe legături de prietenie și vecinătate; • Experiențe școlare problematice (corijențe), repetenții, relații tensionate cu educatorii, absenteism.	• Acceptarea culturală a violenței; • Acceptarea culturală a pedepselor fizice aplicate copiilor; • Considerarea copiilor ca fiind proprietatea părinților; • Nivelul crescut de sărăcie în populație.

(Kaufman și Zigler, 1989, p. 189)

Factorii de risc sunt purtătorii unor evenimente stresante ce acționează pe o durată scurtă de timp, în timp ce factorii compensatori permit stabilirea

armoniei în îngrijirea și educarea copiilor și oferă o bază privind receptivitatea nevoilor copilului.

În explicarea fenomenului de abuz asupra copilului s-au elaborat mai multe concepții și teorii menite să identifice cauzele maltratării: medicală, psihologică, socială, ecologică etc.

„Unii cercetători pun accentul pe patologia autorului maltratării ca etiologie principală: scoruri ridicate la măsurătorile psihopatologice (Williams și Finkelhor, 1990), distorsiuni cognitive (Seidman, Marshal, Hudson și Robertson, 1994), percepții negative și așteptări nerealiste față de copii (Azar, Barnes și Twentyman, 1988). Este adevărat că mamele din familiile în care găsim situații de maltratare cronică sunt adesea foarte depresive, în special din momentul nașterii copilului care face obiectul semnalării. Ele au un accentuat sentiment de neputință față de rezolvarea problemelor cu care se confruntă familia și nu se simt într-o poziție de autoritate față de copil; ele simt că acesta deține controlul situației. Se observă, de altfel, frecventa parentificare a copilului de la care mama așteaptă să umple golul afectiv pe care l-a trăit în copilărie. Așadar, această mamă nu-și poate asuma în mod corect rolul de părinte și nu poate spera în obținerea unor satisfacții din asta." (Ionescu, 1999: 23).

Alte teorii se elaborează în jurul transmiterii intergenerationale a maltratării. Observăm, într-adevăr, că unele familii care maltratează sunt cunoscute de mai multe generații de către profesioniștii din domeniul social. Aceste familii trăiesc la marginea societății și nu frecventează decât marginali. Astfel, este foarte greu pentru un copil maltratat care provine din acest mediu să evolueze. În schimb, chiar dacă faptul de a crește într-un mediu în care domnește violența constituie un model educativ negativ, nu toți adulții care au fost maltratați în copilărie devin parteneri sau părinți violenți. Invers, nu toți adulții care maltratează provind dintr-un mediu în care se exercitau acte de maltratare. Așadar, transmiterea intergenerațională trebuie să fie considerată drept o etiologie ca oricare alta.

Se pune accentul pe factorii legați de contextul familial și de mediu, în special pe șomaj, sărăcie, lipsa susținerii sociale (Whipple și Webster-Stratton, 1991). Cercetările lui Polansky, Ammons și Gaudin (1985) ale

lui Bouchard și Desfossés (1989), Garbarino și Sherman (1980) și Palacio-Quintin, Couture, Poquet, Jourdan-Ionescu, Lacharité, Ethier, Dias, Desaulniers, Coté, Coderré și Calille (1995) au scos în relief faptul că familiile în care maltratarea este cronică au rețele sociale reduse și nesatisfăcătoare. În același timp, nu știu să folosească resursele comunității. Mai mult, părinții care maltratează cronic dovedesc o participare socială mai redusă. Copiii acestora sunt, de asemenea, mai puțin implicați social. Se pare că ansamblul familiei, și nu numai mama, este supus acestei stări de singurătate, de izolare socială și de absență a susținerii sociale.

„Incapacitatea părinților de a intra în contact și de a întreține relații sociale reciproce pare a fi responsabilă de izolarea socială în care trăiesc aceștia și nu numai sărăcia ecologiei lor sociale (Polansky și colab., 1985). Să adaugăm la aceasta că o mamă căruia îi lipsește sprijinul social riscă să aibă probleme relaționale cu copilul său, mai mult decât o mamă care nu este izolată (Dumas și Wahler, 1985). Rețeaua socială disfuncțională a familiei poate deci participa la etiologia maltratării copilului.

Diverse situații de criză familială (divorț, adopție, recompunere familială, doliu, sinucidere, alcoolism, toxicomanie) care sunt generatoare de angoase pot constitui baza maltratării (Raoult, 1999)." (Ionescu, 2001: 24)

Adesea, poate fi vorba de un act de maltratare trecător, legat de momentul de criză; de exemplu, în momentul unui divorț, tatăl poate deveni violent față de copii, iar mama depresivă, din cauza problemelor pe care trebuie să le depășească. După ce trece criza, părinții vor împărtăși din nou momente agreabile cu copiii lor și vor restabili un sistem educativ eficient, fără violență sau neglijare.

Evident, dacă criza familială din copilărie a fost de scurtă durată, copilul va suferi foarte puțin consecințele actelor de maltratare la care a fost supus. În schimb, un copil care trăiește într-o familie confruntată cu mai multe crize, care se întind pe mai mulți ani (separare urmată de alcoolism, apoi de sinuciderea unuia dintre părinți, atunci când celălalt se recăsătorește) va fi, fără îndoială, subiect al maltratării de lungă durată.

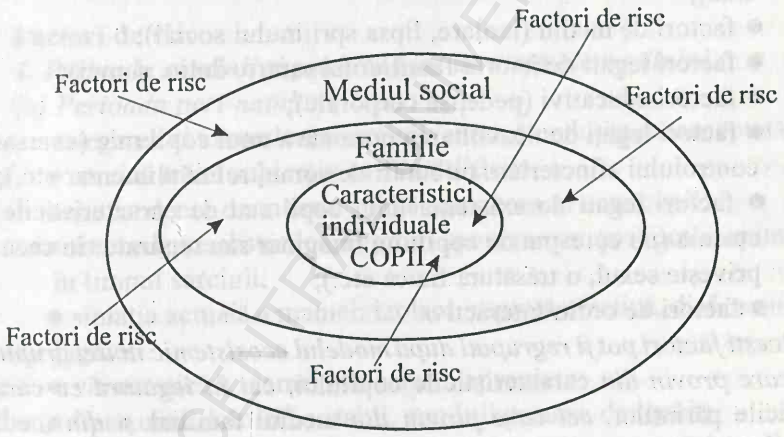
Este clar că maltratarea este un fenomen care poate avea cauze multiple: patologia părinților, carențele relaționale copil-părinte, problemele familiei. Regrupând factorii de risc în care copilul se confruntă și

regrupându-i în raport cu copilul însuși, cu părinții săi sau cu mediul în care trăiește, putem lua în considerație diferitele variabile etiologice ale maltratării.

Bazându-se pe perspectiva ecologică dezvoltată de Bronfenbrenner (1979, 1996), figura 2.2.1.1. reprezintă diferitele niveluri de risc care pot afecta copilul într-o anumită etapă a dezvoltării sale. Diferiții factori care intervin în dezvoltarea umană se influențează reciproc, după o concepție sinoptică a efectelor de interacțiune între diversele contexte de viață (Robin, 1997).

Fig. 2.2.1.1.

Viziunea ecosistemică a factorilor de protecție (Jourdan-Ionescu, 1998)



Observăm că, în cea mai mare parte a studiilor, copiii maltratați aparțin unor familii dezorganizate, cu nivel socio-economic defavorizat. Astfel de caracteristici care influențează funcționarea microsistemului familial constituie, de la bun început, factori de risc de maltratare. Într-adevăr, copilul poate trăi într-un context în care coexistă diverse riscuri de mediu (de exemplu: sărăcia, o rețea socială compusă numai din adulți în care copilul nu poate să aibă încredere), diverse riscuri familiale (de exemplu:

număr crescut de copii în familii, mamă foarte tânără, tată alcoolic sau toxicoman) și chiar unele riscuri legate de propriile caracteristici (sănătate fragilă, stimă de sine redusă, tulburări de limbaj, de exemplu). Printre caracteristicile individuale ale copilului putem sublinia și prezența unui handicap sau a unei boli cronice. Un copil care a fost descoperit la naștere ca purtător de trisomie 21 (sindrom Down) sau care este atins de o afecțiune, provoacă la părinți un șoc ce poate duce la dorința de abandon sau la relații de cuplu marcate de violență legată de găsirea unui vinovat. Mergând în sensul cauzelor multiple care interacționează în maltratare, Marceline Gabel (1999) enumeră fenomenele următoare (Ionescu, 2001: 26):

- factorii socio-economici;
- factorii psihologici (psihoză, abuz de droguri, alcoolism, deficiență);
- factori de mediu (izolare, lipsa sprijinului social);
- factori legați de istoria familiei (separare, doliu, șomaj);
- factori educativi (pedepse corporale);
- factori legați de dezvoltarea normală a unui copil mic (exersarea controlului sfincterian, tulburări de somn, refuz alimentar etc.);
- factori legați de existența unui copil sau de caracteristicile acestuia (nu corespunde copilului imaginar sau reparator în ceea ce privește sexul, o trăsătură fizică etc.);
- factori de ordin interactiv.

Acești factori pot fi regrupați după modelul ecosistemic în trei grupuri: cei care provin din caracteristicile copilului, *cei în legătură cu* caractersticile părinților, *cei care provin din* mediul familial *și din* mediul înconjurător.

Există indicatori ai riscului de maltratare a copilului care apar adesea încă înainte de nașterea copilului, în comportamentul parental și pe care specialistul trebuie să fie capabil să-l descifreze. Pe de altă parte, aceștia nu trebuie luați izolat, ci doar prin cumularea mai multor semne.

„Ansamblul de elemente de mai jos crează pentru personalul medico-social șansa unei evaluări iar pentru familii schițează tipul de sprijin sau de ajutor necesar.

Evaluarea va permite apoi pesonalului din domeniul social să aleagă din evantaiul mijloacelor de care dispune pe acelea care se potrivesc cel mai bine pentru a veni în sprijinul copilului și al părinților săi.

Măsura de sprijin sau de acompaniere trebuie explicată familiei, deoarece acceptul familiei condiționează reușita proiectului de intervenție conceput spre a servi intereselor copilului și ale părinților săi" (Ghid pentru profesioniști, 2003: 3).

Identificarea precoce a factorilor de risc trebuie să permită implementarea unor acțiuni preventive de natură socială, educativă, psihologică. Acestea la rândul lor trebuie să facă obiectul unor monitorizări și evaluări regulate.

2.2.2. Factori favorizanți (de risc) ai apariției abuzului

Factori de risc

1. Perioada sarcinii și primele luni de viață ale copilului

(a) Perioada peri-natală:

- negarea și ascunderea sarcinii, sarcină nedorită, neacceptată;
- sarcină trăită subiectiv ca fiind dificilă;
- antecedente de moarte subită sau deces al unui copil;
- antecedente obstretice, avorturi spontane sau provocate, spitalizări în timpul sarcinii;
- situația actuală a mamei: izolare, ruptură afectivă, disfuncții conjugale;
- vârstă mică a mamei sau sarcini apropiate;
- lipsa unui domiciliu stabil, condiții proaste de locuit;
- condiții de viață care implică o oboseală excesivă (condiții de muncă, navetă...);
- antecedente de plasament provizoriu sau alte tipuri de protecție socială a unor copii ai familiei respective;
- absența unui proiect de viitor pentru copilul care urmează să se nască sau pentru modul în care urmează să fie îngrijit;
- absența unui sprijin social.

(b)Perioada șederii în maternitate:

- căutarea și reconsiderarea semnalelor înregistrate în perioada prenatală;
- naștere dificilă cu probleme, prematură sau întârziată;
- separarea mamei de copil imediat după naștere;
- intoleranța mamei la țipetele copilului;
- anxietate excesivă generată de îngrijirile care se impun pentru copil;
- copil cu malformații sau cu un handicap;
- în general, relații proaste cu copilul;
- refuzul mamei de a vedea copilul, de a se ocupa de el;
- dificultăți în hrănirea copilului;
- conduite sau intenții inadecvate;
- impulsuri (tendințe) periculoase reale sau care pot fi bănuite;
- depresie sau psihoză post-natală;
- descoperirea unor elemente sociale, familiale, de risc (șomaj, absența unui domiciliu stabil...);
- absența pregătirilor pentru venirea copilului;
- internare fără acte a mamei în vederea nașterii;
- fuga mamei din spital și abandonul copilului;
- prelungirea din motive psiho-sociale a șederii în spital;
- internarea prelungită a copilului datorită proastei condiții fizice.

(c) Intoarcerea acasă:

- reconsiderarea indicatorilor de risc din perioada precedentă;
- mamă depresivă;
- mamă care de la naștere se neglijează;
- îngrijiri inadecvate ale copilului;
- copii prezentând diferite tulburări (alimentare, de somn...);
- cazarea în centrul maternal;
- cererea de plasament a copilului.

(d) La încheierea concediului maternal, preluarea îngrijirii copilului:

- lipsa unui aranjament pentru îngrijirea copilului pe perioada cât părinții sunt plecați la muncă;
- cerere de plasament pe o perioadă determinată;
- instabilitatea plasamentului;
- utilizarea regulată de medicamente calmante;

- conflict între părinți și persoanele care îngrijesc copilul (creșă, familie etc.);
- spitalizări repetate.

Este de notat faptul că orice femeie care naște trece prin unele dificultăți în anumite perioade, fără a pune însă în pericol dezvoltarea copilului său.

2. Caracteristici parentale, caracteristici ale copilului și condiții socio-economice și familiale (*IXth ISPCAN* European Conference on Child Abuse and Neglect, *2003)*:

(a) Caracteristici parentale (sau ale adultului abuzator):

adulții abuzatori au suferit, la rândul lor, episoade de maltratare sau au avut o copilărie nefericită, conformându-se modelului comportamental al căror victime au fost. Adulții respectivi au nevoie de suport și de rezolvarea psihologică a problemelor rămase din copilărie;

- consumă excesiv alcool, droguri;
- suferă de boli mentale (depresie, inclusiv comportament suicidar ori psihotic) sau au o sănătate precară, care nu le permite să securizeze viața copilului;
- sunt imaturi din punct de vedere mental sau afectiv, instabili emoțional, cu prag scăzut de toleranță a frustărilor și cu dificultăți de adaptare, lipsiți de empatie relațională. Nu-și pot amâna propria satisfacție și își descarcă stresul pe loc. Sunt ostili și rejectivi pentru că nu au încredere în propriile lor abilități. Caută suport „parental" protector în propriul lor copil pe care-l încarcă emoțional cu probleme personale;
- au cunoștințe sumare despre dezvoltarea copilului, nu-l apreciază corect, nu-l acceptă, nu-l aprobă;
- au așteptări nerealiste din partea lui (privitor la reacții, performanțe);
- au un stil educativ conflictual (fie autoritar, critic, intolerant, ostil, restrictiv, fie hiperprotector anxios sau perfecționist, fie indolent, indiferent);
- comunicarea lor este ambiguă, nu știu cum să-și exprime trăirile față de cei apropiați, nu pot separa sentimentul pozitiv față de copil de

sentimentul negativ față de ceea ce a comis copilul. Are o rigiditate relațională și o rată crescută de agresivitate;

- egocentrism sau/și atașament redus față de un copil nedorit, ale cărui nevoi nu le înțelege și nu le satisface;
- sunt izolați social, se tem că vor fi respinși, nu încearcă să se apropie;
- le lipsește imaginația, spiritul ludic;
- au comportamente perverse, sadice față de copil;
- antecedente de violență sau acte delictuale ale părinților;
- familie tradițională care folosește bătaia ca metodă educativă;
- orientarea și aderarea la o grupare filosofică sau religioasă care impune anumite interdicții (asistență medicală, impiedicarea accesului la informare etc.).

(b) Caracteristici ale copilului:

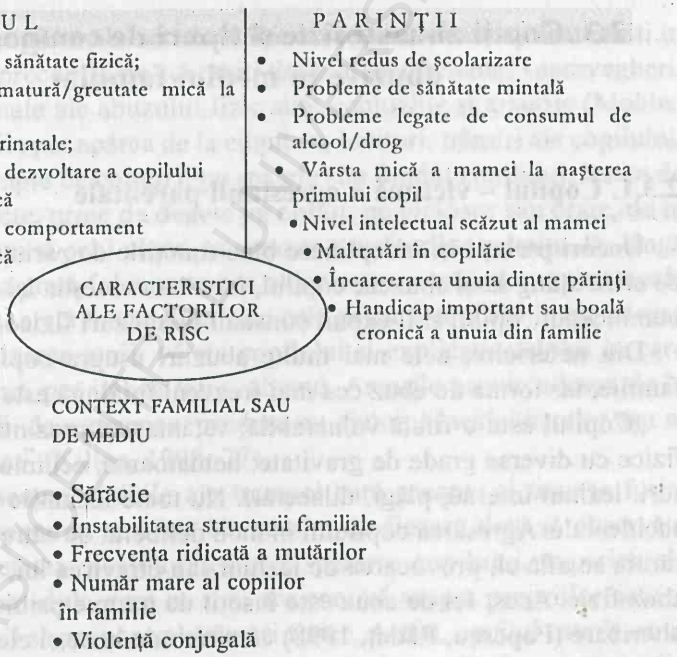
- naștere prematură, probleme prenatale, peri- sau postnatale (mai ales dificultăți de alimentare sau necesitatea spitalizării timpurii);
- bolnăvicios în primii ani de viață, cu un handicap, cu „nevoi speciale" cu aspect dezagreabil sau cu retard;
- copil instabil, cu tulburări de atenție, greu de disciplinat;
- „asemănarea" copilului cu o persoană față de care părintele are resentimente mai mult sau mai puțin conștiente și față de care nu-și poate direcționa violența;
- statutul copilului (adulterin, din alte relații etc.);
- ședere înafara familiei;

(c) Condiții socio-economice și familiale

- antecedente penale sau familiale semnificative (divorț, secrete ale familiei...);
- părinte unic sau în relație de coabitare;
- vârsta părinților în covariație cu clasa socială;
- intervalul dintre nașteri;
- separarea copilului de mamă mai mult de 14 ore după naștere;
- absența hrănirii la sân;
- izolare socială a familiei sau conflicte maritale;
- aglomerare în spațiul de domiciliu;
- stres economic, sărăcie;
- stres profesional;

- pierderi situaționale (șomaj, decese, mutări frecvente, accidente etc.);
- transmiterea multigenerațională a anxietății sau a violenței, care se repetă și determină anumite valori culturale ce guvernează viața familiei;
- confuzii între generații;
- alți copii ai familiei care se află în servicii de protecție a copilului;
- o nouă sarcină.

Factorii de risc cei mai frecvenți în maltratare (Palicari, 2001)



(Adaptat după Jourdan-Ionescu, 1998)

Înlănțuirea cauzală a victimizării

Ținând cont de multitudinea și posibilele combinații ale factorilor enumerați, un incident de abuz se poate desfășura după următorul algoritm:

- Situații stresante, frecvente, pe termen lung;
- Adulți abuzatori, ale căror caracteristici îi determină să aprecieze diferit relația cu copilul față de adulții normali;
- Stres emoțional, provocat reciproc de adult și de copil;
- Diminuarea autocontrolului și inhibiției comportamentale;
- Iminența abuzului asupra copilului.

2.3. Copiii abuzați fizic și tipuri de comportamente abuzive în mediul familial

2.3.1. Copilul – victimă a agresiunii parentale

Uneori părinții își îndeplinesc bine funcțiile de părinți, dar în situații de criză ajung să-și abuzeze copilul, iar alteori aceștia își neglijează de la bun început copilul și îl expun constant la abuzuri fizice și emoționale.

Din nefericire, cele mai multe abuzuri asupra copilului au loc în familie, iar forma de abuz cea mai frecvent întâlnită este abuzul fizic.

„Copilul este o ființă vulnerabilă; vătămat, el prezintă adesea semne fizice cu diverse grade de gravitate: hematoame, echimoze, fracturi, arsuri. leziuni interne, plăgi, dilacerări. Nu toate leziunile fizice sunt însă accidentale. Agresarea copilului în mod deliberat de către adultul în grija căruia se află el, provocarea de leziuni sau otrăvirea lui, este definită ca abuz fizic. Acest fel de abuz este însoțit de traume psihice imediate sau ulterioare (Popescu, Răduț, 1998) care trebuie luate și ele în considerare în cazul aprecierii gravității actului violent. Pecora et al. (1992) dau o definiție care merge în același sens și anume: „abuzul fizic este vătămarea produsă neaccidental de persoana în grija căreia se află un copil la un moment dat" (Roth-Szamosközi, 1999: 46). În privința acestui tip de definiție se pune întrebarea dacă nu ar trebui incluse aici și acele forme de

violență care nu au provocat vătămări la comitere, dar care include, prin repetare, probabilitatea crescută a vătămărilor (de exemplu, cazul în care părintele aruncă spre copil cu diverse obiecte – de pildă, cu scaunul – și ar putea foarte ușor să-l rănească). Ideea extinderii definiției nu se produce doar că rezultantă a durerii fizice, ci și ca urmare a amenințării cu violența și a trăirii iminenței acesteia. Dar judecarea comportamentelor în funcție de majoritatea legilor existente se face în mai mică măsură pe seama intențiilor oamenilor și în mai mare măsură pe seama actelor comise efectiv și a consecințelor acestora. Așadar, profesioniștii au nevoie de criterii de diferențiere între diversele tipuri de abuzuri, criterii pe care le construiesc pornind de la nivelul de suferință produsă copilului (Mardiker, 1996).

„Categoria copiilor abuzați fizic îi include pe cei care au fost răniți în mod deliberat, precum și pe cei răniți datorită insuficientei supravegheri.

Semnele uzuale ale abuzului fizic sunt contuziile și arsurile (Mobbs, 1986). Contuziile pot apărea de la ciupituri, lovituri, trântiri ale copilului. Puteți găsi exemple de contuzii pe spatele sau fundul copilului, lăsate de palme sau obiecte, urme de degete pe obraji, pe picioare sau brațe, de la ciupituri, precum și ochi vineți ca urmare a loviturilor primite. Pe lângă aceste răni, cara arată folosirea unor obiecte sau a mâinilor, există acele contuzii care nu arată foarte diferit de cele pe care copiii și le fac adesea la joacă. Localizarea rănii, vârsta copilului și explicația felului în care acestea au apărut, pot indica totuși abuzul. Arsurile provin adesea de la țigări. Ele pot fi, de asemenea, produse cu ajutorul încălzitoarelor sau al fierului de călcat" (Killén, 1998: 27).

Asemenea semne vizibile ale traumei sunt șocante și trezesc furia, protestul și disperarea noastră. Nu reușim de fiecare dată să observăm suferința, anxietatea, neajutorarea și disperarea copilului, experiențele sale avute cu un adult, care nu mai are control asupra propriilor acte și care este capabil să provoace vătămări fizice. Astfel, copilul este lăsat să se adapteze și să facă singur față acestor experiențe abuzive care vin din partea celor care se consideră că ar trebui să-l protejeze. Aceste experiențe se cumulează vătămărilor emoționale, care, pe termen lung, pot avea efecte mult mai serioase.

Situația poate fi chiar și mai complicată, datorită faptului că vătămările cele mai grave nu au în mod necesar nici un semn exterior, cum ar fi de exemplu, loviturile la cap făcute unui copil mic, mai ales bebelușilor. Scuturări puternice provocate copiilor de vârstă mică pot duce la un efect de biciuire a capului (Dykes, 1996), vătămare care ar putea apărea în alte circumstanțe, cum ar fi accident de mașină (ciocnire frontală). Acest efect poate conduce la sângerări ale meningelui, în membrana protectoare a creierului, sau în interiorul ochiului. Căderile sau loviturile la cap pot conduce la serioase vătămări ale creierului, chiar dacă acestea nu sunt observate imediat. Este vorba de copilul care a fost trântit de nenumărate ori cu capul de masă pentru că „nu se oprește din plâns. Aceste lovituri pot avea serioase consecințe cum ar fi epilepsia, paralizia și întârzierea în dezvoltare. Sechelele pot, de multe ori, să nu fie evidente decât târziu, și atunci să nu fie asociate cu abuzul.

Alte vătămări provenite frecvent din abuzul fizic deliberat sunt mâinile și picioarele rupte. Razele X pot arăta, de asemenea, semne ale unor fracturi anterioare. Este posibil ca abuzul să se fi perpetuat dintr-o perioadă cu mult anterioară apariției șansei ca o persoană sau situație să permită depistarea acestuia. Dacă un copil are anumite probleme de sănătate; cum ar fi o fragilitate a oaselor (osteogeneză imperfectă) (Peterson și McAllison, 1989; Carty, 1988) iritantă, dar nu neapărat foarte grea, manevrarea mai dură a copilului poate avea serioase consecințe care cu ușurință pot fi considerate ca abuz fizic, cu toate că aceste consecințe nu ar fi fost atât de severe în cazul unui copil sănătos.

„Există situații care pot fi asociate cu aceste tipuri de abuz. În conflictele maritale, agresiunea care se dorește direcționată spre unul din soți poate fi adesea canalizată spre copil. În situațiile în care copilul respins devine turbulent, el ajunge «să-i înnebunească» pe părinți. Copilul pare să funcționeze în familie ca un fel de «țap ispășitor». Părinții, și adesea frații și surorile, își descarcă frustările și agresivitatea pe copil. Toate acestea sunt probabil mult mai pronunțate în cazul șomajului extins sau al altor dificultăți. O situație mult mai complicată pare să apară atunci când copilul reprezintă o proiecție negativă pentru părinți. Unii dintre acești copii sunt rejectați în mod extrem încă de la început, totul petrecându-se cu repetate abuzuri fizice." (Killén, 1998: 28).

Spaima trece, vânătăile dispar, oasele se sudează. Cu toate acestea copilul trăiește mai departe în incertitudinea și anxietatea unui nou abuz. Neîncrederea, atmosfera emoțională din casă și atitudinile părinților sunt încă prezente, iar toate acestea îl duc pe copilul abuzat fizic într-o stare confuză (Rohner și Rohner, 1980; Covitz, 1986; Garbarino, 1986; Flaser, 1993).

Copilul învață să se perceapă ca „un copil rău" care nu merită dragoste și îngrijire. Se așteaptă să fie respins. Pentru a nu risca o nouă respingere, va încerca să se apere folosindu-și toate eforturile pentru a evita stârnirea furiei celor mari. Copilul trăiește zilnic în această situație, la nivele diferite de conștientizare. De la o zi la alta copilul se obișnuiește cu faptul că adultul îl abuzează.

S-au prelucrat diferitele categorisiri ale abuzului fizic. Unele fac diferența între rănile dovedite sau admise a fi deliberate și suspiciunea legată de asemenea răniri. Altele fac diferența între abuzul activ și cel pasiv. Dacă părinții recunosc sau nu faptul că au cauzat vătămări copilului depinde foarte mult de relația lor cu asistentul social. Este foarte greu de evaluat dacă vătămarea produsă este urmarea unui act deliberat sau este urmarea pasivității și neprotejării copilului.

„S-a propus ca modalitate de limitare a conceptului de abuz asupra copilului să se considere doar vătămările produse în mod deliberat. Acest lucru este însă extrem de dificil de evaluat. Gradul de intenție este adesea neclar chiar părinților.

De multe ori există o legătură strânsă între pedepsele fizice, percepute ca metode de educare a copiilor, și abuzul fizic asupra copilului. Este greu de realizat însă o diferențiere clară în practică." (Killén, 1998: 28)

Ceea ce începe ca o relație disciplinară poate sfârși ca abuz, deoarece decisiv, din acest moment, este modul în care părinții își vor stăpâni tensiunile interne. Disciplinarea fizică este deja interzisă prin lege în unele țări. Potrivit legii norvegiene (Legea copilului 1981, paragraful 30): „Nu este permisă expunerea copilului la violență sau comportarea față de acesta în orice alt mod prin care sănătatea lui emoțională și fizică ar putea fi periclitată". Vătămarea fizică este, cu toate acestea, doar temporară, chiar dacă este vorba despre una serioasă. Spaima, precum și climatul emoțional asociat sunt pătrunzătoare și de durată.

Clausen și Crittenden (1991) au găsit că abuzul emoțional a fost prezent în aproape toate cazurile de abuz fizic și că abuzul emoțional a fost cel care a cauzat cele mai mari daune dezvoltării copilului.

Abuzul emoțional trebuie să fie în centrul atenției noastre.

Este important să fim conștienți că mărimea sau gravitatea vătămării nu e în mod necesar o măsură a gradului de patologie a familiei.

„Consecința abuzului fizic depinde și de anumite elemente de șansă, cum ar fi cazul în care copilul trântit cade pe cimentul unei încăperi de baie în comparație cu cel care cade pe carpetă. Există tendința de a ne concentra atenția asupra vătămării în sine și mai puțin asupra situației în care aceasta a avut loc, ceea ce ne depărtează de o evaluare clară a situației familiale în momentul apariției rănii. În modul acesta, limitele familiei, precum și resursele acesteia sunt slab evaluate." (Killén, 1998: 30)

2.3.2. Diferența dintre accident și abuz fizic asupra copilului

În general, atunci când părinții abuzatori sunt interogați cu privire la contextul abuzului, aceștia nu recunosc că ei sunt cei implicați direct în comiterea abuzului asupra propriului copil și reclamă un accident care s-a întâmplat fără ca unul din ei să aibă vreo participare.

Pentru a putea deosebi abuzul de accident este necesar să cunoaștem caracteristicile accidentului și caracteristicile abuzului asupra copilului. De o reală importanță în acest sens este colaborarea între specialiștii care investighează cazul și cu care asistentul social lucrează în echipă (psihologi, medici, educatori, polițiști etc.), a căror părere ca profesioniști are un rol decisiv în stabilirea situației reale: abuz sau accident.

„Accidentarea copilului este neintenționată și se referă la rănirea ce are loc atunci când adultul este mai puțin precaut față de riscuri (oboseala, stres, furie...) – sunt rezultatul unor izbucniri fără intenția de a răni copilul și nu acte sadice, premeditate (Irimescu, 2002). Accidentele au loc datorită:

- Pierderii controlului (copilul este împins);
- Dispute și violență maritală (copilul intervine între părinți în momentul incidentului);
- Consumul de alcool/drog;

- Lipsa de supraveghere a copilului.

Pentru a deosebi abuzul de accident trebuie cunoscute câteva caracteristici ale abuzului (Miftode, 2002: 165):

- existența unei perioade lungi și inexplicabile de la incident până la prezentarea la tratament (abuz). În cazul unui accident părinții aduc copiii la medic într-o oră, maxim două;
- părinții nu oferă o explicație coerentă și concisă în legătură cu leziunile copilului;
- părinții devin iritabili dacă sunt întrebați asupra împrejurărilor care au condus la producerea accidentului, manifestă ostilitate, au o certitudine diferită de suferința parentală;
- părinții încearcă să schimbe subiectul abordând alte probleme;
- existența unor rapoarte medicale anterioare, răniri, accidentări – care trebuie citite de asistentul social înaintea interviului inițial;
- diagnosticul pus de medicul care a examinat copilul (exemplu: cazul copiilor arși cu țigara de concubinul mamei/violența fizică asupra copilului de către concubinul mamei - ambii oligofreni);
- comportamentul non-verbal al copilului (teamă, plâng când se apropie cel ce i-a abuzat, manifestă neliniște la despărțirea de celălalt părinte și au tendința de a le cere acestora tot mai multe favoruri, de a sta tot mai mult timp împreună. De asemenea, manifestă reluctanță în a exploata restul lumii și trăiesc sentimentul că le lipsește dragostea și sprijinul).
- în situații de stres, de tensiune, copilul este mai fericit dacă nu este împreună cu părintele care îl abuzează;
- îngrijirea inversată - copilul caută în acest mod constant să aibă grijă de părinți – servesc mama cu o țigară și aduc băuturi alcoolice, în general răspund cererilor formulate de părinți.

2.3.3. Clasificarea abuzului fizic asupra copilului

„Pentru profesioniștii implicați în acordarea unor diverse forme de asistență copiilor (medici, educatori, asistenți sociali, psihologi), nivelul de sănătate fizică al unui copil constituie principalul criteriu de apreciere

a îngrijirii acordate copilului de către persoanele care au această îndatorire" (Roth-Szamosközi, 1999: 46). Sănătatea fizică este un standard central al calității vieții copilului. Criteriul grijii față de sănătatea copilului și al căutării surselor de vătămare fizică este central în protecția copilului.

Este important de știut că nici un semn luat în considerare nu ne permite afirmarea unei situații de maltratare. Anumite boli sau accidente pot provoca simptome asemănătoare.

„Uneori, însă, locul, partea de corp unde apărea leziunea, forma ei, asocierea între anumite tipuri de leziuni, ținând seama și de vârsta copilului, sunt suficiente pentru a afirma existența unor situații de maltratare.

Se poate întâmpla ca semnele și simptomele identificate să dispară prin îndepărtarea copilului de mediul său familial. Dacă se petrece acest lucru, diagnosticul se poate considera confirmat prin chiar acest fapt" (Ghid pentru profesioniști, 2003: 6).

Gradul abuzului diferă în funcție de vătămarea produsă copilului. În funcție de gravitatea vătămărilor și de consecințele lor asupra sănătății și dezvoltării copilului, abuzul fizic se poate clasifica în următoarele categorii (Miftode, 2002, pp. 166-167):

- vătămări corporale ușoare: vânătăi, plăgi, eroziuni (pe față, pe zone mari din trunchi, spate, fese, coapse, pe zone neexpuse vederii directe), în forme neobișnuite, agregate sau oglindind instrumentul cu care au fost produse, în stadii diferite de vindecare; arsuri de gradul unu, doi sau trei provocate de căldura uscată sau umedă (arsuri de țigară sau trabuc, arsuri pe fese și organele genitale indicând imersia în lichid fierbinte; arsuri provocate de funie pe brațe, membre inferioare, gât sau trunchi, arsuri a căror configurație indică forma obiectului cu care au fost produse);
- alopecie (chelie) consecutivă smulgerii repetate, brutale a părului;
- vătămări corporale (oase, mușchi) sau vătămări ale organelor interne, caracterizate prin schimbarea colorației normale, durere, deformare sau imobilitate; fracturi ale oaselor lungi (braț, picior), fracturi în diferite stadii de vindecare, fracturi multiple la copilul sub 2 ani, rupturi de organe, hemoragie internă, lovituri la nivelul capului (fracturi craniene, ale mandibulei, ale piramidei nazale, edem cerebral, hematom subdural, hemoragii retiniene). Căderile sau loviturile la cap pot conduce la serioase

vătămări ale creierului chiar dacă acestea nu sunt observate imediat (exemplu, copilul care a fost trântit de nenumărate ori cu capul de masă pentru că „nu se oprește din plâns". Aceste lovituri pot avea serioase consecințe, cum ar fi: epilepsia paralizia și întârzierea în dezvoltare.

Fracturile cele mai frecvent întâlnite sunt cele ale membrelor, ale coastelor precum și fracturi la nivelul craniului.

Fracturi ale membrelor: *felul în care apar din punct de vedere clinic și în radiografii depinde de vârsta copilului.*

- la sugari: deformarea grosolană a unui membru este foarte rară.
- se înregistrează mai degrabă o umflătură, neputința sau durerea la realizarea anumitor mișcări (cele mai frecvente sunt fracturile de diafiză, cele prin smulgere metafiziară);
- la copiii mai mari, fracturile de membre nu au nici un caracter specific. Bănuiala existenței unor rele tratamente aplicate copilului (sindromul Silverman) vine din asocierea fracturilor cu alte leziuni semnificative sau din descoperirea unor fracturi vechi.

Fracturile coastelor și ale craniului sunt dificil de identificat în absența unor radiografii. (Ghid pentru profesioniști, 2003: 7).

- acte periculoase (acte ce constituie un risc sever pentru sănătate, securitatea sau bunăstarea copilului) – introducerea în organismul copilului altfel decât sub control medical a oricărei substanțe care ar putea afecta temporar sau permanent funcțiile unuia sau mai multor organe și țesuturi (exemplu, folosirea inadecvată a substanțelor cu regim special, a medicației prescrise, a medicamentelor curente și a cantităților mari de alcool, Folosirea de către femeile gravide din neglijență și/sau nechibzuință a substanțelor toxice pentru făt și care pot determina nașterea unui copil cu dependențe sau deficiențe fizice sau neeurologice, administrarea unei diete necorespunzătoare vârstei copilului (diete bizare, sare în exces), electrocutarea, înecarea sau sufocarea, lovirea capului copilului de zid sau de alte obiecte, trasul de păr, conducerea mașinii sub influența alcoolului și având un copil în mașină, lovirea copilului cu bățul, cureaua sau cu alte obiecte în cap, peste organele genitale sau în părți moi ale corpului, răsucirea forțată sau îndoirea părților corpului copilului, disciplinarea fizică a unui copil mic; folosirea armelor mortale în apropierea unui copil.

Este foarte greu de evaluat dacă vătămarea produsă este urmarea unui act deliberat sau este urmarea pasivității și neprotejării copilului.

S-a propus ca modalitate de limitare a conceptului de abuz asupra copilului să se considere doar vătămările produse în mod deliberat. Acest lucru este dificil de evaluat, gradul de intenție este adesea neclar chiar părinților.

•*pedepsele crude sau inumane* (acte ce cauzează suferință fizică și/sau psihică extremă): refuzul de a da copilului mâncare sau apă pe perioade îndelungate; constrângerea copilului de a sta în cadă cu apă rece, deprivarea de somn, încuierea copilului afară pe vreme rece și fără haine potrivite, încuierea copilului în locuri întunecoase pentru perioade lungi de timp, constrângerea copilului să mănânce materiale necomestibile (exemplu: săpun, țigări, trabuc), imobilizarea copilului în cătușe sau frânghii, folosirea unor șocuri electrice de tensiune joasă.

•*minori exploatați prin muncă* - folosirea copilului la activități care depășesc capacitățile și rezistența sa fizică. Aceste tipuri de activități pot afecta echilibrul psihic al copilului, dacă sunt contrare preocupărilor specifice vârstei sale, sunt înjositoare (exemplu: cerșitul) și împiedică realizarea sa școlară sau profesională.

Cazuri particulare (*Ghid pentru profesioniști, 2003: 9)*

Intoxicații ale copilului, datorate toxicomaniei părinților, unei stări de dependență alcoolică sau consumului excesiv de medicamente al părinților;

Sindromul Munchausen prin intermediar (by proxy)

Părinții pot fi responsabili pentru o patologie indusă prin administrarea voluntară a unor medicamente sau prin susținerea existenței unor simptome la copil care nu au fost niciodată confirmate de specialiști. În ambele cazuri, părinții solicită medicilor și personalului medical numeroase investigații medicale sau chirurgicale, victimizând copilul. Poate fi invocat de către părinți orice semn funcțional pentru a obține investigațiile și procedurile dureroase și distructive pentru copil.

Sindromul copilului scuturat (text extras din *Copilul în dificultate*).

„Este o formă de rele tratamente aplicate copilului cu vârstă sub un an sau chiar sub șase luni; evaluarea gravității manifestării ține seama de

vârsta copilului victimă, de tabloul clinic inițial care poate pune sub semnul întrebării prognosticul vital și de severitatea sechelelor neurologice.

Rămâne principala cauză a decesului consecutiv relelor tratamente: aproximativ 15% dintre acestea.

În 1972, un pediatru radiolog, John Caffey introduce termenul devenit clasic de sindrom al copilului scuturat, „whiplash shaken infant syndrome" prin care descrie un tablou clinic cuprinzând hemoragii retiniene, hematom subdural sau subacehnoidian și absența oricăror leziuni externe ale traumatismului.

Diagnosticarea relelor tratamente la un sugar de câteva luni este un proces complex și dificil în absența unor semne exterioare ale traumatismului și a identificării factorilor de risc.

Scuturatul copilului se poate petrece într-un context de violență intenționată dar și de comportamente inadecvate, inconsecvente, ale părinților sau ale celor care îngrijesc sugarul, mai ales datorită ignorării gravității potențiale a unor astfel de manevre. Scuturatul copilului poate apărea la un moment dat ca fiind mai acceptabil și mai puțin periculos decât lovirea lui, ca răspuns la tensiunea pe care o crează prin scâncetul neîncetat, iritant. Adeseori consecințele scuturării sunt prezentate de către părinți sau îngrijitori în cadrul unei boli a copilului. În această situație diagnosticul este încă și mai dificil de stabilit. Este boala autentică? Semnele scuturării sunt oare anterioare sau posterioare bolii? Toate acestea sunt probleme greu de rezolvat în practică.

Echipele care lucrează cu astfel de cazuri sunt foarte preocupate și solicitate emoțional și de aceea se impune funcționarea în pluridisciplinaritate pentru a se proteja de proiecțiile agresive sau de minimalizări sau dramatizări excesive atunci când se iau măsurile necesare în astfel de situații".

Categoriile de copii care se pot diferenția după gravitatea efectelor abuzului sunt (Roth-Szamosközi, 1999: 48):

- *copiii supuși abuzului fizic minor* (suprafețe de piele înroșite, leziuni ușoare);
- *copiii supuși abuzului fizic major* (cap spart, mâini, coaste rupte, arsuri etc.);

• *categoria copiilor cu risc.* Aceasta se referă la o populație de copii necunoscută precis ca număr sau ca pondere, în privința cărora avem cunoștință despre comportamente și situații care indică posibilitatea unor rele tratamente care ar fi suportate de către minor (diferite tipuri de neglijare sau de abuz), dar nu avem certitudinea comiterii lor în prezent. Studiile care se ocupă de prevalența fenomenului de abuz în populație pot da indicii estimative privind ponderea acestor copii.

• *categoria minorilor exploatați prin muncă* face parte din această înșirare deoarece se referă la includerea copilului în activități care depășesc capacitățile rezistenței sale fizice.

Un raport al Institutului Național de Cercetare științifică în domeniul Muncii și Protecției Sociale (după Popa, 20.03.1998) prezintă date după care 5,66% dintr-un lot de familii intervievate au declarat că își trimit unul sau mai mulți copii sub 15 ani la muncă, iar 2,83% au evitat să răspundă (fără să nege însă). Dintre muncile prestate de copii se indică un procent de 23,2% de copii care cerșesc, 21,6% încarcă, descarcă sau cară marfă, 10,8% spală mașini, 8,6% sunt vânzători ambulanți, mai ales de ziare, iar alții strâng gunoaie, fac curățenie, muncesc în agricultură sau zootehnie. Dintre copiii care muncesc, 53,1% au declarat că muncesc în timpul anului școlar, 26,6% chiar în timpul programului de studii, 10,7% afirmă că munca nu i-a silit să abandoneze școala, dar sunt mult mai obosiți, iar 14,4% recunosc că munca i-a împiedicat să urmeze școala.

2.3.4. Pedeapsa corporală ca metodă de disciplinare a copilului

Ce este pedeapsa corporală?

„Pedeapsa corporală sau fizică înseamnă folosirea forței fizice cu intenția de a cauza un grad de durere sau disconfort, având ca scop disciplinarea, corectarea și controlul, schimbarea comportamentului sau din credința că este util în educarea copilului.

Suferința fizică poate fi cauzată prin mai multe metode, cum ar fi: lovirea copilului cu mâna sau cu un obiect, ciupirea, trasul de păr, scuturarea etc.

Legătura dintre pedeapsa corporală și cea psihică

Pedeapsa corporală (fizică) poate avea efecte psihice asupra copilului (exemplu: cauzează scăderea stimei față de sine, tristețe, rușine, depresie etc.). Violența psihică, care include tratamente umilitoare sau degradante și amenințări la adresa copilului poate fi la fel sau chiar mai dăunătoare pentru copil" *(IXth ISPCAN* European Conference on Child Abuse and Neglect, *2003).*

Dimensiunea problemei

Este dificil să obținem date reale despre folosirea pedepsei fizice asupra copilului. Părinții (și educatorii) au tendința să nu raporteze acest fenomen și este imposibil să obținem informații de la copiii mici. Atât evidențele statistice cât și cele populare arată că pedeapsa corporală este aplicată în aproape toate societățile, ceea ce înseamnă că în întreaga lume milioane de copii sunt pedepsiți fizic și emoțional de aceia care ar trebui să-i îngrijească. Pedeapsa corporală este aplicată copiilor, acasă, la școală, în instituțiile medicale, la locurile lor de muncă, pe străzi.

Până acum 11 țări au interzis aplicarea pedepsei corporale asupra copiilor.

Acceptarea socială

Există justificări comune pentru justificarea pedepsei corporale în diferite culturi și contexte. Argumentele principale care susțin aplicarea pedepsei corporale sunt: copiii au nevoie de metoda aceasta de disciplinare pentru a învăța ceea ce este rău și ceea ce este bine, pentru a-i respecta pe cei mai în vârstă, pentru a munci din greu și a fi supus; cum sunt crescuți copiii este problema familiei, nu a societății; pedeapsa corporală a fost aplicată de-a lungul generațiilor și nu s-a întâmplat nimic rău cu cei cărora li s-a aplicat; părinții sunt uneori foarte stresați din cauza sărăciei sau suprasolicitării și nu sunt de acord că soluția este îndepărtarea cauzelor acestor stresuri.

Impactul asupra copiilor

Răni fizice și psihice

Cercetările făcute în diverse țări arată severitatea efectelor negative a pedepsei corporale asupra copilului. Copiii ar putea suferi răni care necesită atenție medicală, lasă urme permanente și pot cauza chiar moarte.

Lovirea copiilor poate cauza sângerări, leziuni ale organelor interne, probleme de vedere.

În unele țări au fost raportate modalități de pedeapsă corporală ca: forțarea copilului să stea ore întregi în soare, să fumeze ardei iute, ceea ce poate cauza tuse și vomă, să își contorsioneze trupul și să stea ore întregi în acea poziție, ceea ce poate cauza răni sau sângerări; trasul de păr și de urechi etc.

Cercetările au demonstrat că există o corelație directă între pedeapsa corporală și depresie, stima de sine scăzută, inadaptare socială și relații sărace cu părinții și cu autoritățile.

Pedeapsa corporală (sau fizică) devine abuz fizic atunci când atrage după sine consecințe care pun în pericol sănătatea fizică și psihică a copilului și are efecte negative asupra dezvoltării acestuia.

Pedepsele minore aplicate în mod obișnuit nu dăunează sănătății și integrității corporale a copilului. Nici ele nu sunt însă total lipsite de pericol pentru sănătatea sa mentală.

Folosite în mod repetat, impropriu sau în neconcordanță cu faptele comise, ele pot să conducă la traume psihice, deoarece transmit copilului mesajul violenței fizice. Ele pot fi considerate abuzive și în cazurile când, fără să fie ieșite din comun, sunt aplicate foarte des copiilor, dar și atunci când pedepsele nu corespund greșelilor comise de copil sau când ele sunt menite să aducă satisfacții adultului, nu să corecteze comportamentul copilului.

Abuzive sunt considerate în primul rând pedepsele din categoria celor grave, pe care le definim ca cele care comportă un risc substanțial pentru sănătatea și integritatea corporală a minorului, chiar la o singură aplicare (arsuri cauzate copilului, înfometarea acestuia, folosirea unor instrumente periculoase – a unui furtun sau cablu, a unui cuțit etc. – folosirea curentului electric și altele provocatoare de urme adânci și răni.

De la pedeapsa corporală la abuzul fizic asupra copilului

„La nivelul familiei *sancțiunea poate lua diferite forme:*

- morală (dezaprobare, avertizare, critică, admonestare);
- în plan matrimonial economic (anularea surselor de bani, a jocurilor, obiecte vestimentare promise etc.);

- interdicții și privațiuni (interzicerea vizionării unor spectacole, a participării la unele jocuri sportive, excursii etc.);
- sancțiuni prin activități;
- multiplicarea sarcinilor casnico-gospodărești, teme, exerciții, probleme în plus față de cele cerute la școală, repetarea de mai multe ori a unor teme nereușite (Mitrofan și Mitrofan, 1991).

Pentru a avea efect pozitiv, sancțiunea trebuie să fie, pe de o parte, corespunzătoare și concordantă culpei, și pe de altă parte, adaptată la particularitățile psihologice specifice vârstei și particularitățile psihologice individuale. Pentru un copil sensibil, emotiv, deosebit de impresionabil simpla aluzie la unele abateri și nerealizări au efecte mult mai puternice decât sancțiunile mai severe asupra unui copil mai puțin sensibil și mai puțin impresionabil. Părinții trebuie să manifeste multă grijă, multă răbdare și mult tact în aplicarea sancțiunii/pedepsei, în așa fel încât aceasta să nu aibă efecte psiho-traumatizante asupra personalității copilului. Din categoria pedepselor trebuie exclusă lovirea fizică, bătaia care afectează puternic demnitatea copilului. Părinții nu trebuie să țină cont în modul lor de a-și educa copiii de proverbe de tipul «bătaia e ruptă din rai», «nu ascunde bâta de copil», «îl bat ca să-l fac om» (Muntean, Ana, 1999)" (Irimescu, 2002).

Ei pot face o confuzie între educarea, disciplina copilului și maltratarea lui. Căci dacă proverbele își spun cum să disciplinezi copilul folosind bățul, ele nu își spun până unde să mergi cu folosirea lui și în ce moment măsurile disciplinatorii devin distructive pentru copil, trec în opusul intenției părintelui de „a face om din el".

Departe de a constitui o simplă ciocnire urmată de o durere fizică trecătoare, bătaia are o semnificație mult mai profundă și mai gravă pentru psihicul copilului. În primul rând, bătaia este forma cea mai manifestă de umilire. Un copil supus unei maltratări nu este îndurerat pentru că îl doare, ci traumatizat din cauza reprezentării demnității sale călcate brutal în picioare de către părinte.

În cazul folosirii pedepsei, părintele trebuie să îl ajute pe copil să înțeleagă bine în ce a constat abaterea și de ce este necesară măsura luată pentru ca evitarea conduitei negative să se bazeze nu pe frică și teamă ci pe convingere.

„Educația copilului este strict dependentă de maturitatea noastră privind capacitatea noastră de a înțelege micul univers, pe care copilul și-l formează încă de la primul contact cu lumea exterioară. Nu trebuie scăpat din vedere faptul că, copilul își formează personalitatea în condițiile lui de viață și în împrejurările în care își desfășoară activitatea lui psihică. El nu trebuie considerat ca un mecanism al perceperii voinței noastre, dar nici ca o ființă ce prezintă și la unele interese, uneori neinteresante, dar plin de dorințe, sentimente ce trebuie stimulate în cadrul complexității factorului educațional. Spiritul lui de observație, imaginația, perceperea, gândirea și orice conexiune pozitivă în relația copilului cu mediu se desăvârșește numai sub influența unei bune educații familiale." (Irimescu, 2002).

Părinții admiratori ai comportărilor brutale pierd răbdarea de a-și dirija copiii în mod rațional. Ei vor să impună cu forță felul lor de gândire și acțiune, ceea ce constituie o greșeală. Pălmuirea copilului nu trebuie considerată ca o necesitate pedagogică. E adevărat că unii copii trag învățăminte serioase după asemenea pedepse, dar alții sunt revoltați asupra felului în care părinții voi să-i convingă. Când pedepsirea prin pălmuire este de neînlăturat, ceea ce se întâmplă foarte rar, poate da și rezultate bune. Impresia lăsată copilului, în cazul acesta, poate fi de lungă durată, iar copilul să evite pe viitor asemenea constrângeri. Reprimarea bruscă a unor purtări nepermise poate fi dăunătoare, căci dacă nu este îndreptățită poate crea complexe care să pregătească la copil o stare de revoltă permanentă.

Argumente împotriva folosirii pedepsei fizice:

- limitele între pedeapsa fizică și abuz pot fi adese ambigue – orice părinte care apelează la pedeapsa fizică poate în anumite condiții să evolueze spre abuz;
- pedeapsa fizică face parte din categoria „întăriri negative" (frica de durere sau de lovituri nu pot constitui o motivație autentică pentru un comportament deziderabil);
- recurgerea frecventă la pedeapsa fizică implică precocitatea capacității și autorității parentale. În cazul în care copilul răspunde doar la pedeapsa fizică, putem aprecia că autoritatea părinților și-a pierdut puterea;

- pedeapsa fizică are ca rezultat formarea la copil a unei mentalități de învins și nu de învingător.

Diferența între disciplinare și abuz este foarte bine evidențiată în tabelul următor, unde sunt prezentate caracteristicile disciplinării copilului care nu au efecte negative asupra acestuia și caracteristicile disciplinării considerate drept abuz asupra copilului.

Tabel 2.3.4.1.

Diferența între disciplinare și abuz (Muntean, 2001: 65) (prelucrat după Mitchell și Withman, 1994)

Nr. crt.	Disciplină	Abuz
1	Măsurile luate de adult sunt relaționate în mod logic cu comportamentul "indisciplinat" al copilului	Măsurile sunt lipsite de logică: legătura între faptă și pedeapsă este abstractă
2	Nu se face un proces copilului; copilul nu este "judecat"	Copilul și comportamentul lui sunt judecate și etichetate: "ești un copil rău, prost..." etc.
3	Pedeapsa se referă doar la situația prezentă	Se referă la greșelile din trecut și la alte greșeli care se cumulează
4	Are ca și consecință dezvoltarea motivației intrinseci a copilului (copilul face lucrurile cum trebuie din proprie inițiativă și nu impuse de control dinafară) și a sensului autodisciplinei	Dezvoltă motivația extrinsecă a copilului (a face cum trebuie pentru a scăpa de pedeapsă)
5	Copilul nu este umilit și supus	Copilul este umilit de adult și supus cu forță
6	Există o oarecare libertate (între anumite limite știute de copil) de alegere a pedepsei	Nu permite alternative și nici nu implică gândirea copilului asupra situației
7	Copilul învață să-și asume responsabilitatea pentru faptele sale	Adultul are responsabilitatea reacțiilor și a comportamentelor copilului
8	Are la bază conceptul de respect și egalitate între copil și adult	Se bazează pe o relație inferior/superior, dominantă și control al adultului asupra copilului
9	Dezvoltă capacitatea copilului de a rezolva probleme	Dezvoltă în copil sentimentul că doar adulții pot rezolva problemele copiilor
10	Demonstrează copilului dragostea și afecțiunea adultului	Demonstrează copilului ostilitatea adultului față de el

Consecințe sociale ale pedepsei fizice

Cel mai puternic mesaj transmis neintenționat copilului prin folosirea pedepsei corporale este acela că violența este un comportament acceptabil, că este în regulă cu o persoană puternică să folosească forța pentru a corecta pe cel mai slab. Aceasta ajută la perpetuarea unui ciclu al violenței în familie și societate.

2.3.5. Violența domestică și efectele ei asupra dezvoltării copilului

Violența intra-familială este un act sau un ansamblu de acte la săvârșirea cărora se folosește un anumit grad de forță fizică, realizat în cadrul unui grup care îndeplinește funcții familiale. (L.A.D.O. 1997).

Violența domestică afectează funcționarea familiei în cele mai evidente dar și în cele mai ascunse mecanisme ale ei. Ea conduce la construirea unor destine nefericite pentru toți membrii ei. Căci efectele nu sunt doar acum și aici, ci ele repercutează într-un viitor fără limite.

„Funcția principală a familiei, creșterea copiilor, este distorsionată, cu largi și dramatice consecințe în viitor. Perturbarea acestei funcții se petrece în general, ca o stare de boală cronică ce se acutizează în momentele evenimentelor de violență. Cercetările arată că trauma copiilor care cresc într-o atmosferă de violență, chiar dacă nu ei sunt victimele directe, este mai intensă și cu consecințe mai profunde și mai de durată decât în cazul copiilor care sunt victime directe ale abuzurilor și neglijării din partea părinților (Catheline, Marcelli, 1999)" (Muntean, 2001: 65).

Funcțiile parentale nu mai pot fi împlinite. O mamă victimă a violenței soțului este mai puțin capabilă să asigure îngrijirile de bază necesare copilului (hrană, casă, haine, sănătate fizică, sau să-l protejeze pe acesta de răniri, accidente, pericole fizice sau sociale). Copleșită de rușine pentru ceea ce i se întâmplă, de sentimentul eșecului în cea mai importantă relație interpersonală, de teroare, de autoacuzații (Polman, 1994) femeia nu mai este capabilă de a juca nici unul din rolurile impuse de viața familiei.

Comportamentul agresiv al părinților are consecințe nefavorabile asupra procesului de dezvoltare și maturizare psiho-comportamentală a copilului. Violența în familie duce la perturbări emotiv-acționale ale personalității, la un nivel mintal scăzut, la incapacitate de a-și controla și înfrâna tendințele și impulsurile, la tulburări de caracter, tulburări ale afectivității, imaturizare caracterologică, inadaptare socială.

„Copiii martori, supuși indirect agresiunii intrafamiliale manifestă o anumită nesiguranță, o lipsă de încredere în ei, de unde și lipsa inițiativei. Sunt timizi, anxioși, cu un oarecare grad de infantilism. Inteligența este în cel mai bun caz de nivel mediu. Climatul familial conflictual îi determină să fugă de realitate, să se retragă în fantezie. Sunt prezente tulburări de contact, sentimente de culpabilitate și complexe de inferioritate. Identitatea de sine este perturbată, performanțele sunt diminuate iar randamentul școlar este scăzut. Au nevoie de înțelegere și afecțiune" (Violența în familie, *1998, pp. 35-36).*

Majoritatea copiilor care trăiesc într-un mediu familial dominat de violență sunt foarte timizi, intră foarte greu în contact cu ceilalți, nu au inițiativă. Prezintă serioase deficiențe de socializare familială și școlară, concretizate prin fugă de acasă, abandon școlar, consum de alcool, acceptarea unor anturaje nefaste care au exacerbat labilitatea lor morală și afectivă și au constituit factori favorizanți pentru comportament delincvent.

Reacția și structurarea personalității copilului care crește într-o atmosferă violentă nu este uniformă pentru toți indivizii. Intervine aici fenomenul de reziliență a copilului care-i va face pe unii dintre ei, câțiva mai puternici, să facă față forței distructive a violenței domestice și să scape mai puțin marcați. Este însă o șansă pe care o au doar unii copii, și în virtutea căreia nu poate fi neglijat efectul nociv al violenței domestice asupra dezvoltării noilor generații.

„Traumele care au loc în afara familiei nu zdruncină fundamental încrederea copilului în lumea exterioară deoarece se păstrează nealterată figura parentală care îl poată apăra, sistemul de relații și siguranța intrafamilială rămânând neatinse. Schema este relativ simplă: lumea este periculoasă și amenințătoare, dar acasă există siguranță și susținere demnă de încredere.

O situație mult mai complexă apare atunci când, în cazurile violenței familiale, chiar persoanele de încredere devin agresori. Aici eforturile de compensare ale copilului ajung într-o înfundătură periculoasă. Copilul nu mai are criterii prin care să diferențieze între figurile de relație prietenoase și dușmănoase, amenințătoare și de ajutor" (Revista de Securitate Comunitară, *nr. 5/2002: 62).*

Într-un climat familial dominat de violență și relații bazate pe agresivitate și supunere, copiii sunt cei care au cel mai mult de suferit.

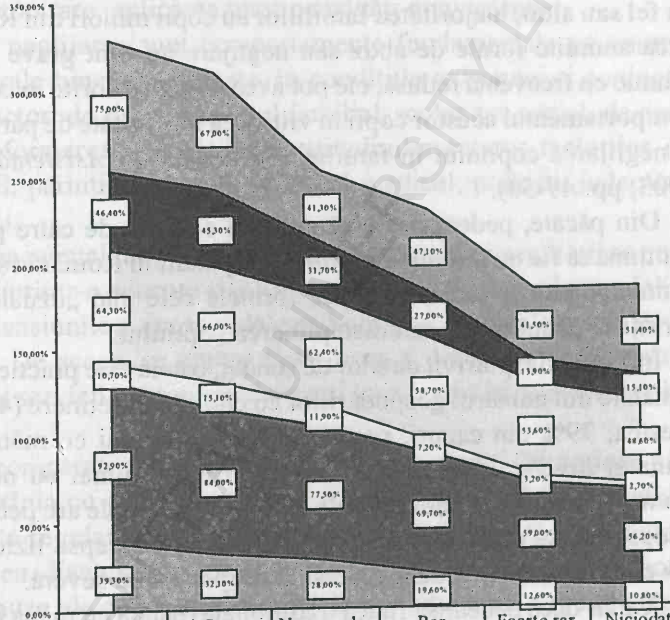
Copiii suferă alături de mamele lor adevărate traume, ei pot fi supuși continuu atât abuzului emoțional, cât și abuzului fizic, iar în unele cazuri abuzului sexual.

Trauma psihică suportată de către copil îi poate afecta acestuia starea de sănătate mentală și somatică, existând și posibilitatea de perpetuare transgenerațională a maltratării.

„Analiza pe tipuri de conflicte intrafamiliale (ceartă, violență/bătaie între soți și consum de alcool) relevă că abuzul are valorile mai mari în familiile în care este prezentă violența între soți și existența unui băutor înrăit (de băuturi alcoolice)" (Abuzul și neglijarea copilului în familie în Revista de Asistență Socială nr.1/2003: 45). Situația este valabilă pentru trei forme de abuz analizate: fizic, educațional și psihologic. În cazul abuzului fizic, valoarea acestuia ajunge la aproape 50% în familiile cu violență și consum mare de alcool, comparativ cu 18% pe total țară (Graficul nr. 2.3.5.). Se precizează că, pe baza declarațiilor subiecților proporția gospodăriilor în care există violență între soți este în eșantion de 8%, iar a familiilor în care cel puțin un membru al familiei este băutor „înrăit" este de 10%.

Graficul 2.3.5.

Forme de abuz/neglijare a copiilor în funcție de faptul dacă părinții se ceartă sau nu (*Revista de asistență socială* nr. 1/2003: 46)



	Foarte des	Des	Nu prea des	Rar	Foarte rar	Niciodata
Neglijare psihologica	75,00%	67,00%	41,30%	47,10%	41,50%	51,40%
Abuz psihologic	46,40%	45,30%	31,70%	27,00%	13,90%	15,10%
Neglijare educationala	64,30%	66,00%	62,40%	58,70%	53,60%	48,60%
Abuz educational	10,70%	15,10%	11,90%	7,20%	3,20%	2,70%
Neglijare fizica	92,90%	84,00%	77,50%	69,70%	59,00%	56,20%
Abuz fizic	39,30%	32,10%	28,00%	19,60%	12,60%	10,80%

Concluzii

În România, abuzul și neglijarea copilului reprezintă astăzi o problemă acută, întrucât copilul nu este ferit de pericole și de vătămare nici măcar în sânul familiei.

„Dimensiunile cantitative privind amploarea fenomenului, varietatea de tipuri sau forme de abuz și neglijare a copilului în familie ne arată că avem de-a face cu situații nedorite, uneori dramatice, care afectează, într-un fel sau altul, majoritatea familiilor au copii minori din România. Chiar dacă anumite forme de abuz sau neglijare nu sunt grave în sine sau se produc cu frecvență redusă, ele pot avea efecte nedorite în ceea ce privește comportamentul acestor copii în viitoarea lor calitate de părinți" („Abuzul și neglijarea copilului în familie", în *Revista de Asistență Socială* nr.1/ 2003, pp. 49-50).

Din păcate, pedeapsa fizică aplicată copiilor de către părinți, bătaia, continuă să fie un fenomen destul de răspândit în România și în societățile contemporane și este una dintre formele cele mai „uzuale" folosite de părinți în „educarea „ sau disciplinarea copilului.

În România, potrivit datelor de sondaj, bătaia este practicată în aproape jumătate din numărul gospodăriilor cu copii în întreținere (47,2%). Dintre acestea, 79% din cazuri, copiii sunt bătuți numai cu mâna, în 16% cu mâna și diverse obiecte și în 5% din cazuri numai cu obiecte. ținând seama de specificul unor modele culturale pe care le are pedepsirea fizică a copilului, se poate realiza o distincție între pedeapsa fizică tradițională sau convențională, abuzul fizic și pedeapsa fizică severă.

„Chiar dacă pedeapsa fizică tradițională (bătaia cu mâna în urma căruia nu rămâne urme) deține ponderea cea mai importantă în structura pedepsei fizice aplicate copilului (37,7%) trebuie să semnalăm proporțiile relativ însemnate ale gospodăriilor în care sunt aplicate forme mai grave de pedeapsă fizică, cum sunt bătaia cu diferite obiecte (10%), lovirea copilului oriunde se nimerește atunci când părintele este supărat (21%) sau acea formă severă de bătaie în urma căreia copilului îi rămân urme (5,5%)" („Abuzul și neglijarea copilului în familie", în *Revista de Asistență Socială* nr.1/2003, pp. 49-50). Această din urmă proporție, chiar dacă se reduce la 0,5%, pentru cazurile cu frecvență ridicată (se întâmplă des și foarte des),

prin extrapolarea la nivelul populației de minori ne arată ca în această situație se află circa 25.000 de copii.

Faptul că și părinții și copiii asociază pedepsirea fizică cu disciplina sau îndreptarea greșelilor înseamnă că atât părinții, cât și copiii, trebuie educați cu privire la existența altor moduri eficiente și nonviolente de disciplinare și instruire a copiilor, astfel ca ei să poată învăța în alt mod să distingă binele de rău, prin încurajarea lor atunci când se comportă bine și, în situații contrare, aplicarea unor penalități nonviolente.

Abuzul și neglijarea sunt comportamente fundamentale pe anumite modele culturale bine înrădăcinate, în condițiile existenței și conjugării mai multor factori de risc din mediul familial, școlar sau social, de aceea se impune informarea și schimbarea atitudinilor tuturor factorilor implicați – copii, părinți, pedagogi, personal medical, polițiști, judecători, factori politici.

Schimbarea mentalității față de problema abuzului și neglijării se poate realiza numai printr-o educare și informare susținută a actorilor sociali cu privire la dimensiunile și consecințele psihologice, medicale și sociale ale fenomenului. De aceea, se impun elaborarea și derularea de programe, metodologii și servicii pentru prevenirea și intervenția în cazurile de abuz și neglijare.

„Analiza comparativă a rezultatelor acestor cercetări întreprinse până acum în România cu privire la abuzul și neglijarea copilului în familie relevă anumite regularități privind formele de manifestare și cauzele acestui fenomen. Factorii comuni care apar în toate analizele și pot fi considerați cauze ale abuzului și neglijării copilului sunt sărăcia, nivelul scăzut de educație și informare, conflictele și destrămarea familiilor, alcoolismul și comportamentul deviant al părinților." (Revista de Aistență Socială nr.1/2003: 5)

Cercetările și studiile efectuate în ceea ce privește maltratarea copilului confirmă legătura strânsă de asociere dintre formele de abuz și cele de neglijare. Relele tratamente aplicate copiilor în familie se întrepătrund și afectează puternic personalitatea copilului.

Cap. III – Consecințe psiho-sociale ale abuzului fizic asupra copilului

3.1. Semnele și consecințele abuzului fizic

Efectele abuzului fizic asupra copilului sunt deosebit de periculoase pentru dezvoltarea normală a personalității copilului, și nu de puține ori prezintă un risc major pentru sănătatea fizică și psihică a acestuia, în cazuri grave putând conduce chiar la deces.

„Abuzul nedepistat și netratat produce modificări grave în structurarea personalității copilului, cu repercursiuni majore în timp. Pe termen scurt, efectele abzului sunt mai ușor de identificat, analizat și de ameliorat, dar de cele mai multe ori efectele lui nefaste însoțesc individul de-a lungul întregii vieți. Cu cât intervenția și recuperarea se fac mai târziu față de momentul producerii abuzului, cu atât sunt mai dificile și cu șanse mai reduse de succes" (Organizația Salvați Copiii/Alternative sociale, 2002: 20).

Consecințele abuzului asupra copilului pot fi clasificate în trei mari categorii:

„Se pot distinge consecințele directe ale maltratării, consecințe asupra dezvoltării copilului și consecințe pe termen lung" (Ionescu, 1999: 28).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Consecințe directe

„Putem să ne dăm seama că un copil a fost supus unei forme de abuz (sau neglijare) observând și analizând modificările produse în comportamentul său în comparație cu cel cunoscut până în acel moment" (Organizația Salvați Copiii/Alternative sociale, 2002: 19).

Imediat după comiterea abuzului, simptomatologia dezvoltată de victimă este preponderent de tip somatic și emoțional.

"În ceea ce privește consecințele directe ale maltratării, putem menține consecințele fizice ale abuzului și violenței fizice ca, de exemplu, arsuri, plăgi, contuzii, fracturi repetitive și multiple, fragilitate somatică" (Ionescu, 1999: 28). Pe lângă consecințele fizice, maltratarea dă naștere și la diferite tulburări psihopatologice la copil: tulburări psihosomatice, tulburări ale sferei sfincteriene (enurezis, de exemplu), tulburări alimentare (greață, anorexie, bulimie), tulburări ale somnului (insomnii, vise anxioase), tulburări de comportament (agresivitate sau retragere, automutilare), depresie, tulburări nevrotice (fobii, ca de exemplu teama de întuneric) sau psihotice (disociere, percepție greșită a pericolului, gânduri copleșitoare).

Să subliniem că tulburările psihopatologice prezentate de copiii maltratați nu au nimic specific. Acestea pot fi și semnul unei stări de disconfort psihologic a copilului, fără nici o legătură cu maltratarea.

„În general, semnele maltratării fizice pot fi constatate la următoarele niveluri:

- *Starea generală*: confruntarea cu situațiile de abuz consumă energetic, ceea ce conduce la întârzierea dezvoltării staturo-ponderale și mentale, deficit al limbajului, carențe alimentare, tulburări de somn;
- *Tulburări cu exprimare somatică*: rahitism, insomnii precoce, enureză, encopreză, dermatoze, nanism, psihosocial, anorexie mentală;
- *Aspect clinic*: diverse leziuni consecutive traumatismelor directe (echimoze, escoriații, hematoame în locuri neobișnuite, zgârieturi, păr smuls), fracturi osoase, deformări ale membrelor, leziuni la nivelul sistemului nervos central (dizabilități motorii, deficite senzoriale, paralizii oculare, convulsii, comă), hemoragii cerebrale sau retiniene, leziuni ale organelor interne;

- *Manifestări comportamentale*, polarizate fie spre ascultare necondiționată, fie spre instabilitate: nu vrea să se așeze, motivează ciudat urmele de pe corp/nu-și amintește cauza lor, evită orice confruntare cu părintele, pare excesiv de docil, împietrit sau bizar, cu reacții de apărare fizică motivate sau, dimpotrivă, manifestând teribilsm și volență în relațiile interpersonale, atitudini provocatoare, din nevoia disperată de a atrage atenția, hiperactivitate generată de frustările repetate etc.;
- *Trăiri emoționale*: teamă, neîncredere, curiozitate scăzută sau absentă, vigilență anxioasă, copil „meduzat" (înlemnit) față de anturaj, vulnerabilitate la situații stresante, dificultăți de autocontrol, de înțelegere, învățare, vise, coșmaruri, mânie, motivație săracă, frica de separare" (IXth ISPCAN European Conference Preveting Child Abuse and Neglect, 2003).

Trebuie menționat faptul că nici un semn luat în considerare în mod izolat nu ne permite afirmarea existenței unei situații de maltratare. Anumite boli sau accidente pot provoca simptome asemănătoare.

„Uneori însă, partea de corp unde apare leziunea, forma ei, asocierea între anumite tipuri de leziuni, ținând seama și de vârsta copilului, sunt suficiente pentru a afirma existența unor situații de maltratare.

Se poate întâmpla ca semnele și simptomele identificate să dispară prin îndepărtarea copilului de mediul său familial. Dacă se petrece acest lucru, diagnosticul se poate considera confirmat chiar prin acest fapt" (Ghid pentru profesioniști, 2003: 6).

Relele tratamente aplicate copilului pot fi întâlnite la orice vârstă a copilului și în toate mediile. În timp ce maltratarea fizică este cel mai adesea ușor de identificat prin semnele caracteristice care pot fi identificate pe corpul copilului, suferințele psihologice sau abuzurile sexuale sunt mai greu de identificat. De aceea profesioniștii care lucrează cu copilul trebuie să aibă capacitatea de a recunoaște semnele care pot sugera existența unor suferințe mai puțin evidente.

Consecințe asupra dezvoltării copilului

„Cea mai mare parte a cercetărilor privitoare la consecințele relelor tratamente asupra dezvoltării copilului au fost efectuate în Statele Unite și se referă la maltratare în general. Studiile care precizează tipul de maltratare la care copilul este supus sunt rare și, atunci când este cazul, este vorba frecvent de abuzul sexual" (Ionescu, 1999: 29).

Ori, efectele maltratării asupra dezvoltării copilului depind de diferite variabile, dintre care prima este, în mod evident, tipul de maltratare. Alte variabile, la fel de importante, sunt:

- gravitatea și frecvența episoadelor de maltratare;
- stadiul de dezvoltare pe care copilul l-a atins în momentul episodului;
- autorul maltratării;
- plasarea în afara familiei din motive de maltratare;
- sexul copilului;
- sprijinul existent (de exemplu, rețeaua socială a copilului);
- variabilele sistemului familial.

„La acestea se mai pot adăuga:

- nivelul de comprehensiune al victimei;
- caracteristicile personale ale victimei (vulnerabilitate sau rezistență la stres);
- caracteristicile abuzului" (Organizația Salvați Copiii/Alternative sociale, 2002: 20).

Studiile realizate în Marea Britanie și Statele Unite având un eșantion reprezentativ de copii maltratați au evidențiat corelația dintre abuz fizic și dezvoltarea fizică, mentală, cognitivă și progresul educațional al acestora. „Cele mai evidente efecte ale abuzului fizic asupra copiilor sunt observate în sfera comportamentului, copiii maltratați fizic fiind predispuși prezentării unor tulburări de comportament. De asemenea, abilitatea cognitivă și progresul în educație au fost găsite ca fiind mai scăzute în comparație cu acei copii care nu au suferit abuz fizic. Cealaltă componentă a studiilor o reprezintă relația dintre maltratarea fizică a copilului și comportamentul său antisocial ca viitor adult. Un număr semnificativ de adolescenți infractori au fost abuzați fizic în copilărie, ceea ce validează una din ipotezele studiilor amintite" (Spânu, 1998: 79).

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

Dacă în copilărie dezvoltarea copiilor este distorsionată din cauza abuzurilor fizice în primul rând, dar și emoționale ale adulților asupra copiilor, ulterior aceștia vor manifesta o încredere minimă în părinți, în general în adulți, și se vor caracteriza prin inabilitatea de a tolera atașamentul, apropierea, precum și incapacitatea de a controla impulsurile agresive: funcționarea personalităților ca viitori adulți poate fi, deci, deficitară. Abuzarea fizică a copilului contribuie la realizarea unui dezechilibru între principalele activități specifice vârstei: hrănire, odihnă, joacă, conduce la un nivel scăzut al stimei de sine și auto-încrederii, împiedică dezvoltarea unui sentiment puternic de atașament față de o persoană apropiată și, nu în cele din urmă, marchează puternic sensibilitatea copilului.

„Unele dintre caracteristicile individuale sau de mediu pot totuși constitui factori protectivi care vor permite copiilor să compenseze efectele maltratării.

Putem cita ca exemplu de factor de protecție de mediu: o rețea de susținere socială în cartier, existența unui model de reușită școlară sau implicarea în activități sportive. Pe plan individual, abilitățile de rezolvare a problemelor, capacitățile bune de coping (de a face față), încrederea în sine și robustețea pe planul sănătății constituie factori de protecție (Kimchi și Shaffner, 1990)" (Ionescu, 1999: 30).

Evident, nu numai prezența factorilor de protecție pot apăra copilul de efectele devastatoare ale maltratării ci mai ales, interacțiunea dintre factorii de risc și factorii de protecție va influența consecințele abuzului asupra copilului.

De la vârsta cea mai mică, maltratarea are efecte asupra dezvoltării copilului atât pe plan afectiv, cât și asupra celorlalte aspecte ale dezvoltării și asupra adaptării școlare.

Consecințele pe plan afectiv

„Copiii care sunt sau au fost supuși relelor tratamente manifestă un atașament care face dovada lipsei de securitate (Egeland și Sroufe, 1981; Schneider-Rosen, Braunwald, Carlson și Cicchetti, 1985), un tip de atașament atipic denumit dezorganizat/dezorientat sau model de tip D. Acest atașament dezorganizat se exprimă prin comportamente bizare, care apar în relațiile cu persoanele care se ocupă de copii, ca, de exemplu, întreruperi sau blocaje în relație. Copiii maltratați au, în general, modele de atașament atipic de tip D (în 80% dintre cazuri, în comparație cu mai puțin de 20% pentru o populație de copii care nu au fost maltratați)" (Carlson, Cicchetti, Barnett, Braunwald, 1989, apud Ionescu, 1999: 30).

Exprimarea emoțiilor este, de asemenea, influențată de existența maltratării. Copiii maltratați exprimă mai puțin afecte pozitive decât ceilalți copii. „Copiii abuzați fizic exprimă multe afecte negative (Gaensbauer și Hiatt, 1984). Copiii violentați dau, de asemenea, dovadă de hipervigilență și au reacții rapide la stimulii agresivi (Lewis, 1992 și Hennesy, Rabideau, Cicchetti și Cummings, 1994). Înseamnă că, într-o situație socială normală, copiii supuși violențelor nu își adaptează reacțiile față de ceilalți, ca o reacție la episoadele dramatice pe care le-au trăit. În fața unor abordări amicale, copiii maltratați vor avea reacții nepotrivite, de exemplu, de evitare (George și Main, 1979)" (Ionescu, 1999: 32). De asemenea, vor reacționa agresiv la exprimările emoționale ale celorlalți. Mai mulți autori subliniază agresivitatea copiilor care au fost martori ai violenței conjugale (Miller-Perin și Perrin, 1999).

Imaginea de sine a copiilor maltratați nu se poate elabora în mod satisfăcător. Steele (1997) și Kaufman și Cicchetti (1989) evocă respectul de sine redus și faptul că aceștia percep o diminuare a competențelor.

„În cazul abuzului fizic sentimentele de inferioritate persistă și la vârsta adultă. Comunicarea este dificilă, marcată de violență. Violența este trăită ca o modalitate de schimb, ca un atașament interpersonal, mai ales dacă a fost un model parental de agresivitate. Se produce o stranie identificare cu acest model, pentru că violența a fost percepută de copil ca un semn al interesului părintelui față de el" *(IXth ISPCAN* European Conference on Child Abuse and Neglect, *2003).*

După Palacio-Quintin (1991), copiii maltratați se percep ca având mai multe comportamente negative și mai puține pozitive, în comparație cu copiii care nu au fost supuși unor acte de maltratare. În funcție de tipul de maltratare, unele variabile intermediare modifică impactul maltratării asupra stimei de sine: este cazul gravității, pentru abuzul fizic (Kinard, 1982).

„Diferitele experiențe trăite de copiii maltratați – faptul de a fi victimă și/sau martor al violenței – contribuie la dezvoltarea unor personalități socialmente anxioase, detașate, care evită contactele cu ceilalți sau reacționează inadecvat prin comportamente agresive" *(Lewis, D. O., 1992, apud Ionescu: 32).*

Consecințe asupra celorlalte aspecte ale dezvoltării copilului

Alte consecințe ale maltratării afectează dezvoltarea fizică, motorie, cognitivă și de limbaj a copilului, ca și capacitățile de autonomie, competențele sociale, achizițiile pe planul comportamentelor adaptive și, în sfârșit, capacitățile ludice.

„Copiii maltratați sunt mai frecvent spitalizați din cauza relelor tratamente la care sunt supuși (abuzul fizic). Pe planul dezvoltării fizice se observă mai ales impactul vătămărilor în cazul copiilor maltratați fizic (Ammerman și Galvin, 1998).

Abuzul fizic provoacă efecte neurologice care ating regiunile creierului ce răspund de memorie, de învățare și de regularizarea afectelor și de exprimarea emoțiilor (Neuberger, 1997)" (Ionescu, 1999: 32).

În ceea ce privește dezvoltarea motorie, copiii maltratați obțin, în general, rezultate inferioare în ceea ce privește motricitatea, în comparație cu copiii de aceeași vârstă care nu au fost supuși maltratării (Fitch, Cadol, Goldson, Wendell, Schwartz și Jackson, 1976; Appelbaum, 1979; Palacio-Quintin și Jourdan-Ionescu, 1994). Ei dovedesc o coordonare mediocră (Hughes și Di Brezzo, 1987) și au deficite perceptivo-motorii (Tarter, Hegedeus, Winston și Alterman, 1984).

Indiferent de controlul evaluării de către părinți, profesori sau cei de o vârstă cu ei, copiii maltratați apar ca având competențe sociale mai reduse

decât ceilalți copii (Salzinger, Feldman, Hammer și Rosario, 1991; Trickett, 1993; Feldman, Salinger, Rosario, Alvarado și colab., 1995). Competențele sociale reduse pot fi puse, fără îndoială, în legătură cu tipul de atașament dezorganizat care îi caracterizează pe acești copii.

„Se constată de asemenea o întârziere pe planul dezvoltării jocului. Howard (1986) arată că se uită mai mult la televizor copiii mici maltratați fizic pe care i-a studiat (12 copii de la unu la cinci ani și 12 copii neabuzați de aceeași vârstă și din același mediu socio-economic) decât copiii neabuzați de vârstă preșcolară (cu o oră și jumătate mai mult pe zi). Deci, copiii maltratați au mai puțin ocazia să se joace, ceea ce duce la o întârziere de 8,4 luni a dezvoltării la nivelul jocului, față de vârsta reală (mai ales la nivelul imitării și a participării)" (Howard, A. C., 1986, apud Ionescu, 1999: 34). Pe lângă acest retard, constatăm că cei maltratați folosesc mai puțin jocul simbolic și că preferă jocurile repetitive pe care le joacă singuri (Alessandri, 1991). Mediul familial în care trăiesc promovează rar schimburile în jurul jocului, familiile care maltratează (fie că este vorba de maltratare cronică sau trecătoare) oferindu-și rar ocazia de a se juca în mod plăcut împreună.

„Jocul repetitiv al copilului, scăderea gradului său de creativitate, reducerea capacității sale de învățare sunt semne ale regresului în ansamblu al comportamentului celui abuzat" (Roth-Szamosközi, 1999: 121).

Consecințele pe planul adaptării școlare

Maltratarea are consecințe nefavorabile asupra performanței școlare în general (Dodge Reyome, 1988) sau, în special, asupra lecturii (Oats și Peacock, 1984) și a matematicii (Eckenrode, Laird și Doris, 1993). Este afectat progresul școlar. „Se remarcă existența unui număr mult mai mare de școlari repetenți.: 50% dintre cei violenți repetă primul an de școală (Erickson și colab., 1989). În majoritatea cazurilor, acești copii nu beneficiază de susținere familială pentru realizarea temelor, nici de o motivație externă pentru reușita școlară" (Erickson, M. F. and colab., apud Ionescu, 1999: 34).

„Adesea copii abuzați au performanțe școlare slabe, ceea ce le scade statutul în grupul de elevi, reducându-le șansele de integrare școlară. Le

lipsesc resursele motivaționale de a se mobiliza în vederea realizării școlare. Se întâmplă ca, în cazul unui copil abuzat în mod cronic retragerea acestuia, închiderea în sine, demobilizarea sa să fie atât de pronunțate, încât copilul să creeze falsa impresie a unuia cu handicap mental" (Roth-Szamosközi, 1999: 122).

Copiii expuși la violență conjugală prezintă dificultăți de învățare care duc, de asemenea, la probleme școlare. Aceste dificultăți sunt legate de ciclul de violență la care sunt martori (tensiune, agresiune, remisiune, reconciliere) și climatul de teroare în care trăiesc (Beaudoin și Turcotte, 1999).

„Acest bilanț al studiilor referitoare la impactul maltratării asupra dezvoltării copiilor mici arată că la copiii supuși maltratării dezvoltarea este afectată de ceea ce au trăit pe plan afectiv, al relațiilor familiale, școlare etc." (Ionescu, 1999: 35).

Consecințe pe termen lung ale abuzului fizic

Numeroase efecte ale maltratării constatate pe termen scurt nu se atenuează pe termen lung. Din contră, de-a lungul anilor, maltratarea va produce consecințe care vor fi asociate marginalizării persoanei. „Adolescentul nu se va simți bine cu sine însuși și va avea comportamente antisociale. Va avea mai des tendința de a avea probleme legate de consumul de droguri sau alcool, tulburări alimentare, de a se confrunta cu o sarcină în adolescență, de a fi delincvent, de a se prostitua etc. (Latimer, 1998)" (Latimer, 1998, apud Ionescu, 1999: 35).

„Atașamentul dezorganizat trăit de copilul maltratat se regăsește la adult, care are atașamente ce dovedesc lipsă de siguranță - descrise drept patologie relațională de Cicchetti (1990). În relațiile de dragoste pe care le trăiesc sunt în mod frecvent subiecte de violență conjugală.

Pentru că nu au avut modele educative adecvate, atitudinile parentale ale acestor adulți sunt nepotrivite" (Ionescu, 1999: 36).

Observăm tendința de a reproduce ciclul intergenerațional al maltratării (Ethier, 1992). Această tendință a fost constatată referitor la mamele violente (Cappel și Heiner, 1990); în prezent, puține cercetări se referă la tații abuzatori.

„Consecințele abuzului fizic asupra dezvoltării copilului au fost îndelung studiate. Unii autori consideră că, în urma abuzului fizic copiii au învățat că lumea lor este una imprevizibilă, adesea un loc periculos, iar adulții care îi îngrijesc pot fi furioși, depresivi și distanți. Lângă un părinte abuziv, atașamentul copilului este afectat, determinându-l pe acesta să se perceapă ca fiind incompetent, neiubit și de neiubit" (Miftode, 2002: 167). La maturitate prezintă adesea probleme afective (depresie, tristețe, anxietate). Ei devin limitați în perceperea propriilor sentimente și întâmpină dificultăți în interpretarea și reacționarea la expresiile emoționale ale altora.

Studiile asupra copiilor abuzați fizic au identificat atât comportamente agresive verbal și fizic, cât și comportamente evitante". Ca reacție la conflict sau la o problemă copiii abuzați recurg la un tip de ostilitate verbală sau fizică sau la obedientă pasivă pentru a rezolva problema sau pentru a-și satisface nevoile" (Helfer, Kempe, Krugman, apud Miftode, 2002: 168).

Dezvoltarea psihologică este puternic marcată de abuzul suferit manifestându-se la nivelul comunicării, relaționării, afectivității și al nivelului intelectual.

„Consecințele pe termen lung ale diferitelor forme de maltratare sunt, așa cum putem constata, multiple. Ceea ce este îngrijorător e faptul că acestea tind să se cumuleze de-a lungul timpului" (Ionescu, 1999: 36).

Este esențial ca astfel de consecințe să fie reduse prin punerea în practică a unor intervenții, atât tradiționale (terapie individuală, educație familială, art-terapie etc.), cât și inovatoare (familii de sprijin, asocierea mai multor tipuri de intervenții, exprimarea emoțiilor prin intermediul computerului, grupuri de susținere virtuale). În contextul social actual este esențial și se impune în mod special, utilizarea la maximum a resurselor comunitare și dezvoltarea factorilor de protecție individuală sau familială.

3.2. Traumele și consecințele lor asupra dezvoltării copiilor

Relele tratamente au asupra copilului efectele unui eveniment traumatic.

„În categoria evenimentelor traumatice intră dezastrele naturale, accidentele de muncă, de circulație, cele casnice etc. și vătămările intenționate produse de oameni. În această ultimă categorie intră toate actele violente comise de unii împotriva altora. Garbarino et al. (1992) delimitează două categorii ale victimelor unor evenimente traumatice: victimele primare, care suferă direct de pe urma evenimentului și victimele secundare, care asistă la întâmplări de natură traumatică, exercitate asupra unor persoane îndrăgite" (Roth-Szamosközi, 1999: 106).

Victimă primară este copilul accidentat grav de către un coleg, copilul abuzat fizic (sau sexual), copilul bolnav care nu este dus la medic, adolescenta ironizată continuu de mama sa și izolată de colegii săi etc. Victimele secundare sunt acei copii care sunt martori ai violențelor din familie (când, de exemplu, un copil asistă la bătaia cruntă la care sunt supuși frații sau mama, sau când sora mai mică asistă la violarea sorei mai mari) etc.; în toate aceste cazuri reacțiile copiilor sunt comparabile cu ale celor din situația de victimă primară, având adesea consecințe traumatice.

„În ultimele două decenii, o direcție importantă a cercetărilor privind abuzul îndreptat asupra copiilor s-a orientat asupra studiilor clinice privind consecințele violenței asupra comportamentului lor. Într-o anchetă desfășurată asupra unui lot de părinți a 3334 de copii, Straus și Gelles (1987) au găsit că la copiii supuși violenței tulburările de comportament erau în mod semnificativ mai frecvente decât la copiii care nu au avut experiențe traumatice" (Roth-Szamosközi, 1999: 106). Aceste probleme comportamentale ale copiilor abuzați au cuprins diferite tulburări de adaptare la cerințele mediului social: crize de furie (17,5% față de 10%), eșec școlar (16,1% față de 6,2%) rău și neascultător acasă (15,7% față de 8%), relații de prietenie cu minori problemă (10,9% față de 2,3%).

„În anul 1980, prin includerea în manualul DSM-III (revizuit în 1987), s-a recunoscut sindromul de stres post-traumatic (Post Traumatic Stres

Disorder-PTSD), ca fiind o categorie aparte de diagnostic „oficial" aplicabilă în cazurile copiilor care au suferit experiențe traumatice. PTSD se diferențiază de formele acute ale reacției la stres (Acute Stres Disorder-AST). În cadrul ambelor sindroame, sunt incluse anxietatea accentuată, generalizată, depresia, pierderea respectului de sine, retragerea în sine, comportamentele de evitare, de negare, de furie și cele agresive" (Roth-Szamosközi, 1999: 106). Dacă fenomenele descrise apar în primele patru săptămâni de la acțiunea evenimentului traumatic și se rezolvă în această perioadă, atunci capacitatea de adaptare a organismului copilului a biruit stresul, nu va suferi de PTSD. Dacă însă simptomele persistă mai mult de o lună, consecințele psihice se vor prelungi pentru perioade de timp greu de determinat, adesea - în lipsa unui ajutor de specialitate – pentru toată viața.

„În funcție de persistența stresorilor, Terr (1991) deosebește traumele de tip I (rezultat în urma unui singur atac) și cele de tipul al II-lea (în urma unei serii de atacuri). Cele două traume duc la percepții și consecințe pe termen lung diferite. Trauma de tipul I este numită și trauma de șoc și este amintită detaliat, de obicei ea este consecința unui singur eveniment traumatic. O traumă de gradul al II-lea este o traumă durabilă care poate avea drept consecințe negarea și anestezia emoțională; frecvent apar depersonalizarea și disocierea" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 45).

Adaptarea la traumă se realizează prin intrarea în funcțiune a mecanismelor de apărare. Copiii se străduiesc să uite de traumele lor cronice, să evite să se gândească la ele sau să vorbească despre ele. Diminuarea reactivității la lumea exterioară și insensibilitatea psihică (încremenirea) au semnificația desensibilizării în fața durerii provocate de abuz.

„În literatură sunt descriși o serie de factori care influențează gradul de traumatizare. Aceștia sunt:

- *Expunerea la traumă.* Cu cât persoana este mai implicată în evenimentul traumatic și expusă o perioadă mai lungă de timp, cu atât este mai mare riscul dezvoltării unei psihopatologii.

- *Relația cu victima.* Relația cu victima este unul dintre factorii cei mai importanți asociați traumei psihice. Cu cât mai apropiată este relația, cu atât mai mare este riscul de traumatizare.
- *Severitatea stresului.* Nu numai răspunsul imediat la un eveniment stresant influențează capacitatea de răspuns adaptativ. Studiile arată că aceia care manifestă reacții severe (exemplu: atacuri de panică sau disociere) prezintă un risc mai mare de traumatizare.
- *Perceperea amenințării.* Impresia subiectivă a individului despre evenimentul traumatic poate fi mai importantă decât evenimentul în sine. Astfel, persoanele care percep evenimentul ca extrem de amenințător vor dezvolta reacții traumatice" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 45).

Consecințele actelor intenționate de violență orientate împotriva unui copil nu se restrâng, așadar, numai la nivelul fizic al vătămării produse, ci se extind la nivelul psihic, transformându-se în leziuni greu de vindecat, care pot afecta chiar structura creierului infantil.

„Actele intenționate de violență subminează încrederea fundamentală a copilului în umanitate și poate crea o inabilitate pe viață de a dezvolta relații apropiate, de încredere" (Garbarino et al., 1992)" (Garbarino, et al., 1992, apud Roth-Szamosközi, 1999: 109).

Simptomele care caracterizează tulburarea posttraumatică transpun pe plan psihic șocul violent, pătrunzător, generalizând astfel efectele lui asupra întregii personalități.

3.3. Copilul în situația de maltratare

Abordarea acestei tematici se poate realiza din două puncte de vedere care vizează:

- trăsăturile înnăscute ale copilului care afectează și sunt afectate de situația de maltratare;
- percepțiile și reacțiile copilului legate de situația de maltratare.

Trăsăturile înnăscute ale copilului

„«Fiecare copil este unic» – există numeroase diferențe temperamentale între noii născuți.

Thomas (1968) face următoarea clasificare a copiilor:

- copilul dificil;
- copilul de care te poți apropia cu greu;
- copilul cuminte*" (Killén, 1998, apud IXth ISPCAN* European Conference Preveting Child Abuse and Neglect, *2003).*

În continuare ne vom opri asupra extremelor: „copilul cuminte" și „copilul dificil":

Copilul cuminte:

- manifestă o anumită regularitate în comportament (fapt pentru care devine previzibil);
- reacționează pozitiv la noi stimuli;
- abilitate de adaptare la noi schimbări (de mediu, alimentare etc.);
- intensitate moderată a reacțiilor sale.

Copilul dificil:

- are un somn și obiceiuri de viață neregulate;
- acceptă cu greu noul tip de hrană ce i se oferă;
- se adaptează cu greu sau deloc la schimbări;
- prezintă reacții negative și intense.

Este ușor de imaginat modul în care acești factori constituționali de bază ai copilului trezesc în părinți reacții diferite. Astfel:

- copiii cuminți le oferă părinților sentimentul de a fi niște părinți buni, le dau convingerea că lucrurile vor merge bine – „cerc bun".
- copiii dificili au nevoi diverse, greu de intuit și de satisfăcut de părinți, care stabilesc cu copilul într-un mod dificil o interacțiune pozitivă, fapt care le generează sentimentul eșecului, care ar putea duce la formarea unui cerc vicios. Aici părinții reacționează în mod negativ la acțiunile copilului, iar copilul care înregistrează atitudinea părinților devine mai dificilă și prin aceasta întărește reacțiile negative ale părinților.

„Este însă cunoscut faptul că în general:

- copiii dificili care sunt îngrijiți de mame sensibile vor prezenta o dezvoltare normală, iar

- copiii cuminți, cu potențial, care vor avea o îngrijire necorespunzătoare și lipsită de afecțiune vor prezenta o dezvoltare sărăcăcioasă" (Killén, 1998).

Capacitățile înnăscute ale copilului vor afecta:

- comportamentul de atașament al copilului;
- interacțiunea cu mediul;
- dezvoltarea sa ulterioară.

Alături de anumitele trăsături temperamentale ale „copilului dificil", prematuritatea și dizabilitățile fizice sau emoționale ale copilului, pot fi în anumite condiții factori provocatori ai situațiilor abuzive.

Percepțiile și reacțiile copilului legate de situația de maltratare

Strategii de supraviețuire

Percepția împrejurărilor

Copilul va dezvolta sentimente de încredere sau neîncredere față de mediu în funcție de modul în care nevoile sale de bază, cele emoționale precum și cele fizice sunt sau nu satisfăcute.

„Copilul care este expus maltratărilor în timpul primilor ani ai vieții va dezvolta un atașament nesigur față de părinți și va avea dificultăți în stabilirea încrederii în ceilalți. Pe măsură ce va crește, își va crea o imagine negativă atât despre lume cât și despre sine. El va interpreta și percepe mediul în baza experiențelor trăite în propriul cămin.

Dacă copilul își va rezolva conflictul de bază al dezvoltării pe varianta neîncrederii, abilitatea sa de a rezolva viitoarele conflicte într-un mod pozitiv, va fi mult redusă" (Killén, 1998: p. 85).

Probleme de dependență

Situațiile de maltratare sunt caracterizate printr-o satisfacere inadecvată a nevoilor. Insatisfacerea nevoilor creează probleme de dependență care se dezvăluie cel mai adesea în două moduri diferite: o dependență deschisă și una defensivă.

Dependența deschisă se poate manifesta ca o tendință constantă spre contacte fizice, comportament de căutare a atenției, preocupare pentru controlul și stăpânirea altora, încercări permanente de a mulțumi și de a fi acceptat de către părinți.

Dependența defensivă se manifestă ca o independență excesivă și o retragere emoțională, atât față de părinți, cât și față de alți adulți.

Această dependență defensivă se poate prezenta ca o atitudine rece și dificilă în care copilul pare să se poarte ca și cum nu i-ar păsa de nimeni.

Reacții de suferință în separare

„Spitz (1946) și Bowlby (1960) au realizat primele descrieri legate de depresia copiilor care se instalează în momentul separării acestora de părinți. Este, de asemenea, interesantă descrierea reacțiilor copiilor mici în timpul spitalizării fără părinți, atât timp cât sunt avute în vedere situațiile de maltratare. În aceste situații este posibil ca profesioniștii să găsească diferite explicații pentru faptul ca în situațiile de maltratare copiii prezintă în mod surprinzător atât de slabe reacții când sunt mutați din casele lor (în instituții, familii foster). Notele de caz cum ar fi: „s-a adaptat foarte repede" sau „pare a fi fericită și nu întreabă niciodată de mama sa" pot fi interpretate ca un semn al adaptării și sunt considerate ca fiind resurse ale copilului, însă o asemenea lipsă a reacțiilor dramatice la copilul care este mutat din propria familie poate arăta cât de vătămat este acel copil" (Killén, 1998: p. 88).

Anxietatea și agresivitatea copiilor aflați în situații de maltratare pot fi adesea copleșitoare. Acești copii își trăiesc anxietatea în situații concrete de abuz și sunt anxioși în legătură cu situații abuzive ce pot apărea în viitor, anxietate ce poate deveni cronică. Ei fac față sentimentelor lor în moduri diferite. Agresivitatea înseamnă pentru mulți cea mai bună metodă de apărare și mulți dintre ei au învățat acasă cum să se descurce în situațiile problematice, fiind agresivi. Acei copii care au fost supuși abuzului fizic se arată a fi mai agresivi față de ceilalți copii care nu au fost crescuți îmtr-un mediu violent. De asemenea, agresivitatea manifestată la vârsta adultă poate fi observată încă din primii doi ani de grădiniță (Iacobson și Straker, 1982). Acești copii în loc să-și canalizeze agresivitatea înspre proprii părinți, o revarsă asupra altor persoane. Astfel, observăm că cei mici preiau comportamentele părinților de la o vârstă foarte mică. Unii copii interiorizează anxietatea și agresivitatea devenind autodistructivi, deprimați, retrași și evitând contactele cu ceilalți.

Disocierea

Se pare că, în general, copiii folosec mult mai des decât adulții disocierea ca mecanism de apărare pentru a se proteja de consecințele psihice ale traumelor suportate (Putnam, 1993). Folosirea disocierii și

negării crează copilului posibilitatea de a se elibera de simptomele și amintirile abuzului. Astfel amnezia totală sau parțială a abuzului poate persista luni sau chiar ani.

Unii pretind că experiențele traumatice repetate sunt reamintite mai puțin complet decât un singur episod traumatic (Terr, 1988). Un copil care a suferit abuzuri repetate poate fi, din această cauză, mai puțin capabil să-și amintească ce s-a întâmplat decât un copil care a fost expus abuzului o singură dată.

Deprimarea

„Depresia copiilor poate fi adesea observată în jocul lor. Copiii au nevoie să se joace, ei se joacă pentru a se distra, dar și pentru a învăța. În timpul jocului ei trăiesc diferite experiențe. Mulți copii aflați în situații de maltratare aproape că nu se joacă deloc, acesta fiind un mod de a-și exprima depresia. În cazurile în care se joacă, o fac într-un mod stereotip" (Killén, 1998: 93).

Terr a folosit conceptul de „joc posttraumatic", pentru a desemna acest tip de joc. Acest copil este înțepenit în anumite experiențe cărora nu le poate face față, și exteriorizează aceasta, de exemplu, în desenele sale.

Reacții psihosomatice

Sănătatea fizică joacă un rol important în dezvoltarea unui copil și în relația sa cu situația de maltratare. Copiii care sunt crescuți în condiții stresante sunt mai bolnăvicioși decât alți copii. Acești copii au nevoie de un limbaj psihologic. Ei își comunică sentimentele de neplăcere prin intermediul limbajului durerii și prin diferite simptome pe care le prezintă, lucru care este și interesant, dar și îngrijorător, atâta vreme cât aici sunt implicate dimensiunile abuzului emoțional și sindromul Munchausen, prin împuternicire.

Imaginea de sine – stima de sine

„O importantă cale de dezvoltare a imaginii de sine a copilului o reprezintă percepția lui despre părinți. Părinții abuzivi îi comunică de timpuriu copilului faptul că nu este suficient de bun, că nu este dorit, și că el este cel responsabil pentru tot ce se întâmplă rău în familie. Simte că nimeni nu se ocupă de el. El va dezvolta de-a lungul timpului o imagine de sine distorsionată și negativă și o stimă de sine scăzută." (Killén, 1998: 94)

Teoria anxietății și vinovăției – loialitatea și păstrarea secretului

Copiii depun un efort deosebit în încercarea de a înțelege situația în care se află. Ei încearcă să interpreteze situațiile și să explice comportamentul agresorului într-un mod în care să-l plaseze pe acesta într-o lumină bună, în timp ce copilul ia asupra sa întreaga responsabilitate și vină. Procesul de interpretare depinde de vârsta cognitivă a copilului. Aceste lucruri s-au observat atât în situații de abuz fizic, abuz sexual, în situațiile abuzului de alcool al părinților.

Aici copii care au semnalat de timpuriu lumii adulte faptul că sunt implicați în astfel de activități au primit, drept răspuns, neîncrederea și negarea. Astfel li s-a confirmat faptul că ei sunt cei care greșesc.

Întârzieri de dezvoltare

Copiii care au fost expuși diferitelor tipuri de abuz prezintă adesea diferite grade de retard în dezvoltarea neurologică, cognitivă, cât și în dezvoltarea psihomotorie. Acestea pot fi observate încă din primele luni de viață (Appelbaum, 1980).

Probleme de învățare

Având atât probleme de concentrare a atenției, cât și întârzieri de dezvoltare este inevitabil ca acești copii să prezinte diferite tipuri și grade de probleme de învățare. Trăirile lor în relațiile cu alți copii și adulți sunt caracteristice poziției de apărare.

Retardul mental

Cercetările făcute asupra copiilor care au fost expuși abuzului fizic au arătat o apariție relativ mare a retardului mental la acești copii. O parte a acestuia este de natură organică, dar poate fi, de asemenea, și rezultatul interacțiunii copil-părinte. Poate fi cauzat atât de leziuni cerebrale, subalimentare, precum și de un abuz emoțional continuu.

„În legătură cu strategiile de supraviețuire și conducere în situații de maltratare, după Grey și Kempe (1976), copilul oscilează între strategia de comportament «exagerat de bine adaptat» (overadjusted) și comportamentul «hiperactiv și distructiv» (acting aut)" (Roth-Szamosközi, 1999: 124).

„Cei care aparțin primului grup se comportă astfel încât să îndeplinească dorințele și așteptările adulților. Ei sunt adesea hipersensibili la semnalele trimise de adulți, semnale legate de modul în care copilul ar

trebui să se comporte. Acești copii folosesc o mare parte din resursele proprii pentru a face față acestor așteptări" (Killén, 1998: 101). Cei care aparțin celuilalt grup prezintă un comportament continuu provocator, agresiv, distructiv și hiperactiv. Dacă vom pătrunde în spatele acestor aparent diferite strategii de supraviețuire vom descoperi aceleași sentimente de neajutorare, vinovăție, confuzie, axietate, mânie, goliciune sufletească, deprimare și agresivitate.

„După Killén (1996), la rândul ei, supradaptarea se poate manifesta în diferite forme. În cazul copiilor cu un comportament supraadaptat, supracontrolat, ea a pus în evidență:

- grupul copiilor care își duc cu bine la îndeplinire sarcinile, sunt luptători activi și „învinge", nu se lasă copleșiti de abuz;
- grupul celor care adoptă rolul de a avea grijă de părinții lor;
- copii care se străduiesc să nu iasă în evidență și de aceea sunt retrași, pasivi" (Roth-Szamosközi, 1999: 124).

Dintre comportamentele explozive, impulsive (acting out) au fost identificate tipurile:

- agresiv
- distructiv
- fără odihnă
- de măscărici

Această clasificare nu înseamnă că un copil va prezenta doar una sau alta dintre aceste manifestări, ele putând alterna, în funcție de situația de fapt sau de starea emoțională în care se află copilul. De exemplu, copilul de obicei tăcut și retras poate prezenta uneori comportamente impulsive, cu explozii de furie împotriva unui coleg; copilul pasiv poate deveni autoagresiv, făcând o tentativă de suicid; copilul maltratat deosebit de dotat, creativ, ambițios, poate renunța dintr-o dată la planurile sale și poate prezenta comportamente antisociale. După Killén, strategiile de supraviețuire adoptate de copii depind de tipul de temperament, de nivelul de dezvoltare fizică, de sensibilitatea lor, creativitatea și capacitatea lor intelectuală.

„Strategiile de supraviețuire și stăpânire a situației reprezintă modalitatea copilului de a face față situației de maltratare, de a se apăra atât

împotriva propriilor sentimente, cât și a mediului înconjurător. Cu ajutorul acestor strategii ei își asigură un anumit control asupra situației sau în cel mai rău caz, o iluzie a controlării situației" (Irimescu, 2002).

Concluzii

Pentru profesionistul implicat în investigarea situațiilor de rele tratamente împotriva copilului și în acordarea de suport copilului și familiei sale sau celor care-l îngrijesc este foarte important ca simptomele descrise anterior să fie recunoscute. „Deși aceste simptome se regăsesc și în alte sindroame clinice decât al celor ce derivă din maltratare, ele rămân totuși indicatori care trebuie să-l facă pe profesionist să ridice problema posibilității maltratării copilului și să analizeze cu grijă această posbilitate" (Roth-Szamosközi, 1999: 126).

Un prim scop al analizei simptomelor este acela de a stabili diagnosticul corect privind cauzele care se ascund îndărătul unor schimbări în comportamentul unui copil. Scopul final este însă acela de a ajuta copilul să depășească situația dificilă în care se află ca urmare a supunerii sale la diverse forme de rele tratamente, iar intervenția care urmează să o planificăm în interesul copilului nu poate să nu pornească de la semnele sale de suferință.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITAR

Cap. IV Neglijarea – Formă specifică de maltratare a copilului

4.1. Neglijarea copilului, „o violență neviolentă"?

În momentul în care se vorbește despre abuz asupra copilului gândul ne zboară automat la abuzul sexual, fizic și/sau emoțional. Într-adevăr, am fost și suntem învățați cu cazuri foarte dure și grave pe care atât literatura de specialitate cât și mass-media ni le prezintă cu obstinație. Uităm însă o formă de maltratare care este și ea foarte importantă: neglijarea copilului.

Conform standardelor psihiatrice (DSM-IV), în cadrul conceptului de maltratare, neglijarea este cea de-a treia componentă (cod T 74.0), fiind caracterizată printr-o omitere a satisfacerii unor nevoi esențiale ale copilului. „Dacă într-un caz de abuz clasic părintele produce o vătămare directă a copilului, în cazul neglijării adultul respectiv „uită" să aibă grijă de copil. Această diferențiere ne poate sugera ideea că neglijarea nu este atât de gravă. Nimic mai fals, căci din punct de vedere al efectelor asupra copilului, în multe cazuri nu există diferențe, suferința psihologică și fizică fiind de multe ori la fel de mare" (Revista de Securitate Comunitară, Anul II, nr. 5/2002: 69). În literatura românească o definiție a maltratării o găsim la dr. Popescu și dr. Răduț: "maltratarea este orice formă voluntară de acțiune sau de omitere a unei acțiuni care este în detrimentul copilului și are loc profitând de incapacitatea copilului de a se apăra, de a discerne între ceea ce este bine sau rău, de a căuta ajutor și de a se autoservi".

Neglijarea poate fi definită ca: "incapacitatea sau refuzul adultului de a comunica adecvat cu copilul, de a-i asigura nevoile biologice, emoționale, de dezvoltare fizică și psihică, precum și limitarea accesului la educație" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 13).

Neglijarea mai este definită ca reprezentând „condițiile în care persoana responsabilă de îngrijirea copilului, fie intenționat, fie din neatenție permite copilului să experimenteze suferințe care pot fi evitate și/sau nu reușește să asigure una sau mai multe condiții care sunt esențiale pentru dezvoltarea capacităților fizice, intelectuale și emoționale ale unei persoane" (Gaudin, 1993 apud Miftode, 2002: 178).

Dacă abuzul asupra copilului se face cu intenție distructivă, neglijarea are loc de obicei pe un fundal al indiferenței și ignoranței parentale vizavi de nevoile copilului. Formele de maltratare de multe ori se întrepătrund simultan sau consecutiv în familiile problemă. În momentul în care căutăm informații de specialitate, cea referitoare la abuz abundă, pentru că precizia și acuratețea diagnosticului este mai mare. Literatura americană (Faller, 1981) ne spune că raportările cazurilor de neglijare sunt de cinci ori mai numeroase decât cele de abuz.

„Alte studii, cum este cel efectuat de Erickson și Egeland în 1996 ne spun că din 2,7 milioane de copii maltratați în 1990 în S.U.A., 45% erau cazuri de neglijare, 25% violențe fizice și 16% abuzuri sexuale. Raportări similare se găsesc în Franța și Quebec (Canada) tinzând să mențină procentul neglijării ca cel mai ridicat" (Revista de Securitate Comunitară, Anul II, nr. 5/2002: 69). Actele izolate și minore de neglijare au o probabilitate scăzută de a împiedica o dezvoltare sănătoasă a copilului. Sesizarea apare atunci când actele respective se succed temporal și gradual. De multe ori, neglijarea este un predictor al unor viitoare abuzuri („anticamera" abuzului).

4.2. Categorii și tipuri de neglijare

În literatura de specialitate sunt menționate mai multe categorii și forme de neglijare a copilului de către proprii părinți, foarte des întâlnite de practicienii în domeniul protecției copilului și familiei.

„După Miller-Perrin și Perrin avem neglijare gravă atunci când nevoile vitale nefiind îndeplinite, viața copilului este în pericol și neglijare generală ce implică insuficienta asigurare de către părinți sau tutori legali *a* nevoilor legate de alimentație, îmbrăcăminte, locuință, îngrijiri medicale" (Revista de Securitate Comunitară, Anul II, nr. 5/2002: 69).

La Faller (1981) găsim o trecere în revistă mai exhaustivă (Revista de Securitate Comunitară, Anul II, nr. 5/2002: 69):

Eșec în creșterea copilului:

- hrănire proastă/inadecvată;
- deprivare nutrițională ce apare atunci când părintele nu asigură copilului o hrană adecvată și adaptată vârstei;
- nedezvoltarea fizică a copilului fără cauze organice: părinții nu reușesc să-și hrănească copilul datorită lipsei:

a) unor cunoștințe adecvate privind tehnica hrănirii;

b) unor resurse financiare suficiente;

c) atașamentului față de copil;

- apar întârzieri în înălțimea și greutatea copilului sugar și antepreșcolar;
- nedezvoltarea psihosocială datorită deprivării de suport emoțional.

Neglijare fizică, ce presupune lipsa asigurării unei locuințe adecvate, îmbrăcăminte sau îngrijire fizică. Incidența acestei categorii este mare atât în S.U.A., de 9 copii dintr-o 1000 după Costin (Roth, 1999) dar și în România (9,4% într-o cercetare efectuată de Rotariu pe 485 familii din Cluj).

Nesupraveghere adecvată. Se referă în special la părinții care își lasă timp îndelungat copiii fără supraveghere. Unora dintre copii li se refuză accesul în locuință, sau sunt supravegheați de adulți ce pot abuza de ei.

Factorii ce sunt luați în considerare fac apel la durata, vârsta și maturitatea copilului. Intervin însă și factori culturali: De exemplu, în Quebec copii nu pot fi lăsați fără supraveghere până la șase ani, pe când în S.U.A. această perioadă ajunge la șapte ani.

Neglijare medicală este considerată neacordarea asistenței medicale copiilor, cu consecințe grave asupra sănătății și vieții lor.

Neglijare educațională este astfel definită doar în raport cu copilul din familie și constă în nefrecventarea regulată a unei forme de educație adecvate, ceea ce poate duce la deprivare educațională și culturală. În România, conform cercetării efecuate de Rotariu în 1996 formele principale se manifestă prin neasigurarea de către părinți a rechizitelor necesare (13,1% dintre elevi) și dezinteresul lor față de școală (10,7% în aprecierea profesorilor). O altă cauză a acestui fenomen o constituie obligarea copiilor de a-și îngriji frații mai mici sau de a munci.

Neglijare emoțională, cea din urmă menționată dar nu ultima. Deși ea ca și abuzul emoțional este foarte des citată și invocată în diferite convenții și legi, este foarte greu de făcut dovada existenței ei. O definiție poate fi lipsa sprijinului emoțional atât de necesar copilului pentru creșterea lui armonioasă și sănătoasă. În general acesta ar trebui să se manifeste din fragedă copilărie, implicând elemente de atingere fizică, mângâieri, comunicare verbală între părinte și copil. Un climat afectiv rece poate conduce la tulburări de personalitate.

O altă categorie a neglijării este admiterea de practici contrare interesului copilului, cum ar fi privitul îndelung la televizor (6 –8 ore/zi), acceptarea unei alimentații nesănătoase, cum ar fi exclusiv bazată pe dulciuri etc. (preluat după Ciofu, C., 1993).

La tipurile de neglijare descrise mai sus se mai adaugă și altele, cum ar fi:

Alte tipuri de neglijare emoțională - „alte neglijări ale nevoilor emoționale ale copilului (cum ar fi de exemplu restricții exagerate evidente, așteptări nepotrivite față de vârstă/sexul copilului sau nivelul de dezvoltare etc.)" (Miftode., 2003: 179).

Abandon și supraveghere inadecvată: comportamentul părinților care își abandonează copiii prin excluderea copilului din familie, trimiterea copilului pe stradă sau dezinteres pentru creșterea și îngrijirea copilului. Legislația românească cu privire la declanșarea judecătorească a abandonului a stabilit la 6 luni perioada maximă de timp după care un copil este declarat abandonat.

„Din punct de vedere psihologic declararea abandonului la șase luni de dezinteres din partea părinților biologici («încetarea oricărei forme de legături și raporturi afective normale») reprezintă o altă formă de maltratare a copilului, prin neglijarea nevoilor lui de interacțiune cu un adult de referință" (Muntean, 2001: 250, apud Miftode, 2002: 179).

Abandonul copilului este considerat o formă severă de neglijare.

Se poate vorbi de abandon sau de abandon camuflat. „Teama de a fi abandonat apare la copiii cu natură sensibilă, cu ocazia unui eveniment oarecare care rupe sau slăbește legăturile familiale. Putem cita, de exemplu, un deces, o neînțelegere conjugală, o călătorie etc." (Muntean, 2001: 250, apud Miftode, 2002: 179)

În Vocabularul de psihopedagogie și de psihiatrie a copilului (1973), Lafon definește *abandonul* ca „neglijarea copilului de către părinți sau substituții acestora". Vorbim despre situație de abandon atunci când copilul este în mod real abandonat, adică reprezentanții naturali, pentru un motiv sau altul, au refuzat sau au pierdut vremelnic și în totalitate dreptul de a-l îngriji. „Abandonul copilului de către părinții lui poate fi temporar sau definitiv:

- expulzarea din cămin pe timpul zilei sau al nopții, sau dezinteres față de lipsa de acasă a copilului (situații care conduc la fenomenul cunoscut sub numele de *copiii străzii*);
- lăsarea copilului timp îndelungat nesupravegheat;
- abandonarea copilului la o persoană, într-un spital sau într-o instituție de ocrotire și lipsa de interes față de copilul astfel părăsit" (Roth-Szamosközi, 1999: 80).

O categorie aparte de copii neglijați sunt cei fugiți de acasă, care trăiesc în afara unui cămin – **copiii străzii.** Atunci când sunt depistați de profesioniști, ei prezintă numeroase semne de retard și de tulburări în

dezvoltare și comportament. De asemenea, se pot constata multiple semne de suferință, ca urmare a diferitelor tipuri de neglijare și maltratare, la care copiii fugiți au fost expuși chiar înainte de a-și părăsi domiciliul. În ciuda dezvoltării serviciilor sociale de protecție a copilului, numărul acestor copii pare să fie în creștere în întreaga lume, dovedind, de fapt, incapacitatea formelor existente astăzi de protecție a minorilor să depisteze și să stopeze cazuri grave de rele tratamente. „Mulți copii ai străzii provin din familii conflictuale, cu un microclimat tensionat, de violență, cu părinți alcoolici. Dată fiind fluctuația mare a acestor copii și lipsa documentelor, o estimare a dimensiunilor fenomenului în România este greu de realizat. Prin extrapolarea unor cercetări efectuate de lucrătorii sociali stradali, s-a estimat că existau în 1966, aproximativ 4300 de copii ai străzii, dintre care 2000 permanent în stradă" (Carta albă a copilului, apud Roth-Szamosközi Maria, 1999: 87).

Copiii străzii sunt în mod permanent expuși la mizerie, violență, frig, boli acute și contagioase (de piele, digestive, T.B.C., respiratorii, cu transmitere sexuală etc.) consum de substanțe care crează dependență (țigări, alcool, droguri), prostituție și abuzuri sexuale.

Din toate cele menționate până aici, rezultă că neglijarea copilului are mai multe dimensiuni:

- neglijarea fizică:
  - neglijare alimentară
  - neglijare vestimentară
  - neglijarea igienei
  - neglijarea locuinței
  - neglijare medicală
- neglijare în educație
- neglijare afectivă (emoțională)
- abandonul copilului

Neglijarea copilului poate fi episodică sau cronică. „Neglijarea episodică sau contextuală este mai puțin gravă pentru că dispare atunci când factorii de risc care au dus la apariția neglijării dispar (de exemplu, contextul separării parentale). Neglijarea cronică este mai dramatică pentru că afectează familiile defavorizate care duc lipsă de resurse (afective, intelectuale, financiare, educaționale etc.)" (Ionescu, 1999: 20). Adesea,

în aceste cazuri, constatăm transmiterea intergenerațională a neglijării. Plasarea unui copil ca urmare a unei neglijări grave nu rezolvă problema, pentru că se poate anunța foarte repede o altă sarcină. Pentru Oxley (1999), copilul purtător de speranță reînvie la nașterea sa traumatismele pe care părinții le-au trăit. Pentru că se simt puși în pericol, părinții nu pot identifica nevoile acestuia și îl maltratează. Consecințele omiterii de către părinți a unor gesturi (copil prost hrănit, prost îmbrăcat, a cărui igienă lasă de dorit, lipsit de îngrijire în ciuda simptomelor evidente) fac posibilă identificarea copilului neglijat. Alte tipuri de neglijare, ca, de exemplu, cea referitoare la supravegherea copilului nu vor fi semnalate decât atunci când apar accidente. Putem distinge și neglijare afectivă, adică omiterea unor comportamente care să arate afecțiunea față de copil. Această neglijare este cel mai greu de identificat, în ciuda efectelor sale majore asupra dezvoltării socio-afective a copilului.

„Deși consecințele neglijării sunt adesea grave datorită caracterului lor cronic, adevărata răspândire a fenomenului în populație, în afara cazurilor raportate, este puțin cunoscută. Neglijarea de tipul dezinteresului grav al părintelui față de copil, mergând până la renunțarea preocupării față de el, este o formă extremă, care se înscrie în mod evident în spectrul maltratării copilului" (Roth-Szamosközi Maria, 1999: 80). În literatura de specialitate, formele severe de neglijare sunt de fapt considerate abuzuri, fiind forme de omisiuni ale unor acțiuni care pot avea consecințe foarte grave asupra dezvoltării personalității copilului.

De obicei, însă, neglijarea este mai puțin evidentă: copilului i se acordă hrană, dar insuficientă, inadecvată calitativ, sau numai după ce a obosit de plâns din cauza foamei; copilul este îmbrăcat, dar cu haine nepotrivite, în care nu se simte bine, sau este luat în derâdere în colectivitate; primește, totuși, o anumită îngrijire din partea părinților, aceasta fiind însă insuficientă, după cum menționează Killén K.

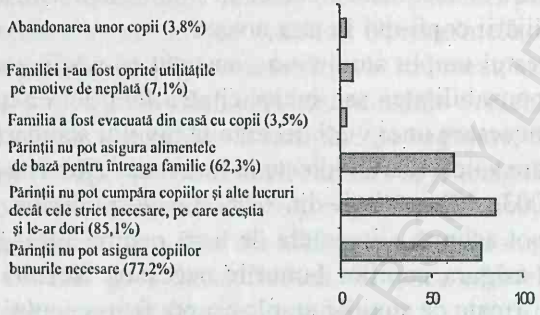
4.3. Situația neglijării copilului în România

În anul 2000, Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului și Adopție în colaborare cu CURS și cu asistență tehnică din partea Organizației Mondiale a Sănătății, au efectuat un studiu cu privire la fenomenul abuzului și neglijării copilului în țara noastră.

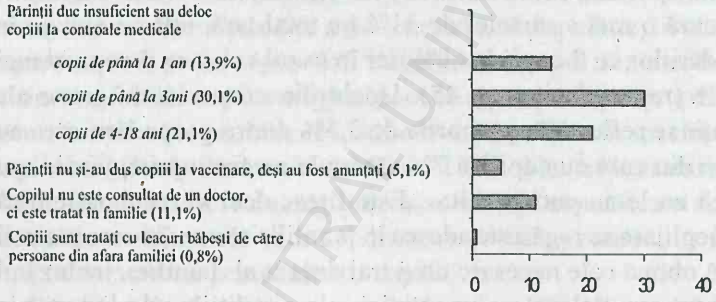
„În urma acestui amplu studiu s-a constatat că neglijarea fizică, rezultată din iresponsabilitatea sau incapacitatea familiei de a asigura copiilor bunurile necesare unei vieți decente la nivelul standardului mediu existent pe țară are valori foarte ridicate în România" (Revista de Asistență Socială nr. 1/2003: 40): părinții din 62% din gospodăriile cu copii au declarat că nu pot asigura alimentele de bază pentru întreaga familie și 77% că nu pot asigura copiilor bunurile necesare. Rezultatele acestui sondaj sunt confirmate de studiile ample asupra fenomenului sărăciei din România. În Raportul Național al Dezvoltării Umane – România, 1999, se consemnează o rată a sărăciei de 31% pe total țară, rată ce ajunge în cazul gospodăriilor cu 3 copii la 60%, iar în cazul celor cu 4 copii și mai mulți la 80% (raportul citat, p. 45). Unele din consecințele grave ale acestei situații se reflectă în proporția de 3,5% dintre gospodării care au fost evacuate din casă cu copiii și 7% cărora le-au fost oprite gazele sau apa pentru că nu le-au putut achita. „Este firesc deci să recunoaștem că acest tip de neglijare se regăsește adesea în familiile sărace, în care părinții nu reușesc să obțină cele necesare unui trai decent al familiei, incluzând aici elementele esențiale ale alimentației, ale condițiilor de locuit, ale vestimentației care să acopere nevoile biologice de bază ale copiilor" (Roth-Szamosközi, 1999, pp. 81-82). Părinții cu un venit minim sunt adesea forțați de situația în care se găsesc (lipsa unei locuințe adecvate, imposibilitatea de a cumpăra alimentația potrivită) să nu ofere, în ciuda bunelor lor intenții, suficientă îngrijire fizică copiilor lor. Extrapolând în populația totală proporția gospodăriilor în care s-a produs abandonul copilului (0,4%), rezultă că numărul acestor gospodării este de 12.000.

În privința neglijării medicale ca formă a neglijării fizice, se apreciază că aceasta are valori destul de mari dacă luăm în considerare consecințele grave pe care le poate avea acest tip de neglijare asupra sănătății și dezvoltării armonioase a copilului.

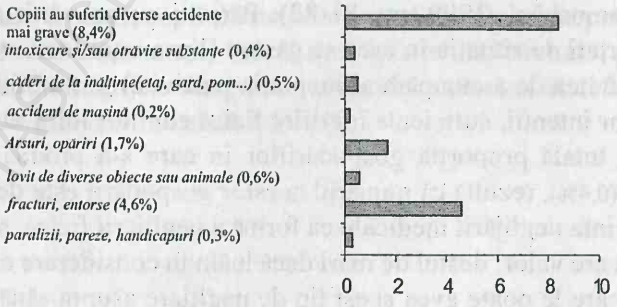
Graficul 4.3.1.
Neglijare fizică



1. Copil cu acces limitat la resurse economice sau sociale



2. Neglijare medicală



3. Lipsa sau insuficienta supreveghere

„Proporțiile înregistrate în sondaj pentru familiile care nu își duc copiii la controale medicale la diferite grupe de vârste se situează între 14% și 30%. Prima proporție referitoare la copiii până la un an este destul de ridicată și poate fi unul din factorii care contribuie la plasarea României pe primul loc în Europa în privința mortalității infantile" (Revista de Asistență Socială nr. 1/2003: 41). O parte din părinți nu conștientizează în suficientă măsură pericolul pe care îl poate reprezenta pentru sănătatea copilului nevaccinarea împotriva unei boli grave, chiar în situația în care au fost anunțați (5,1% dintre familii), ceea ce ar putea afecta circa 250.000 de copii, sau tratarea empirică în familii în locul unui consult de specialitate (11%), chiar dacă serviciile medicale pentru copii sunt gratuite. Mai mult, circa 1% din gospodăriile populației apelează la tratamente cu leacuri „băbești" pentru vindecarea copiilor.

Un alt tip de neglijare a copilului și anume **neglijarea emoțională** sau **psihologică** se manifestă în principal prin absența unei acțiuni, absența grijii sau mai bine-zis indiferența față de copil, față de nevoile sale de formare și dezvoltare psihică.

Consecințele directe ale unui astfel de atitudini de indiferență sunt greu de determinat, dar ele vor apărea cu siguranță în comportamentul și capacitatea de relaționare și integrare psihologică a copilului.

„Din cele patru seturi de indicatori utilizați, ponderea cea mai mare o dețin cei referitori la lipsa sau insuficienta comunicare cu copilul: aproape o cincime din părinți petrec mai puțin de o oră pe zi cu copiii lor, fie că este vorba de copii sub 10 ani, fie de cei cu vârste între 11-17 ani. Motivul principal invocat de aceștia este „lipsa timpului", afectat în mare măsură serviciului sau căutării acestuia (în cazul șomerilor), muncii în agricultură sau treburilor casnice; în 25% dintre gospodăriile cu copii între 8-17 ani, copilul este foarte rar sau nu este consultat deloc atunci când se iau decizii importante în familii. În acest sens pare a fi edificator și faptul că în 17% din gospodării, părinții nu-și consultă copiii în privința școlii pe care o vor urma" (Revista de Asistență Socială nr. 1/2003: 43).

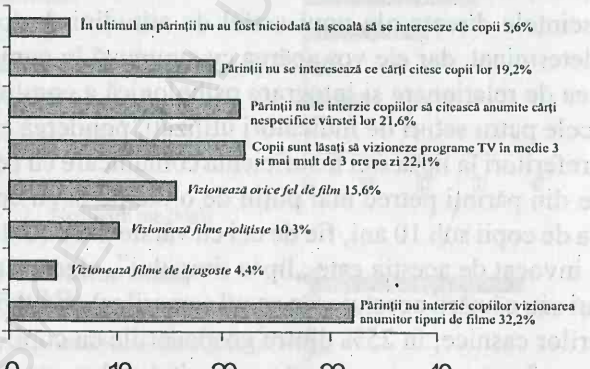
Neglijarea emoțională ia și forma lipsei de afecțiune: părinții își mângâie sau sărută copilul foarte rar sau niciodată (9%); nu îl laudă sau nu îl încurajează (6%), nu îl ascultă niciodată dacă dorește să spună ceva (4%).

Deși apar în proporții mai mici, ținem să semnalăm și situații la în care părinții se ceartă sau se bat în fața copiilor (4%), precum și insuficienta supraveghere a copilului (3,4% dintre părinți nu știu și nu verifică cu cine își petrece copilul timpul liber). Ca urmare, în 2,2% dintre gospodării (66.000) copilul/copiii a/au fugit cel puțin o dată de acasă.

Neglijarea educațională a copilului se manifestă atât direct, prin dezinteresul părinților față de rezultatele școlare ale copilului (6% dintre părinți nu au fost niciodată la școală să se intereseze de copil), dar și indirect, prin dezinteresul față de tipul de cărți sau programe TV pe care le vizionează copiii: 32% dintre părinți nu le interzic copiilor vizionarea filmelor cu violențe, iar 22% își lasă copiii în fața televizorului mai mult de 3 ore pe zi (în medie).

Graficul 4.3.2.

***Neglijare educațională* – România total (procent din total gospodării)**



Procentele se referă la gospodăriile cu cel puțin un copil la școală

Neglijarea educațională

După cum reiese din studiul realizat în 2000, în România rata neglijării copilului este îngrijorătoare, pentru majoritatea tipurilor de neglijare. Ponderile înregistrate pe diferitele tipuri de neglijare ar trebui considerate un semnal de alarmă pentru societate și autorități dacă avem în vedere că

formele de neglijare sunt practic „anticamera" abuzului: de la neglijare fizică și psihologică nu mai este decât un pas la agresiunea fizică sau abandonul copilului.

4.4. Cauzele neglijării copilului

Factorul cel mai adesea incriminat în cazurile neglijării copilului este atitudinea parentală perturbată, datorită tulburării relației copil-părinte. Este cazul unor familii cu disfuncții în relații, care după C. Ciofu (1998) sunt următoarele: familiile dezorganizate sau dizarmonice și familiile cu personalități nevrotice sau cu părinți incapabili de a se adapta la caracterul copilului. „Cea mai des incriminată este atitudinea mamei, care, în urma unor tulburări psihice temporare sau cronice (nevroze, depresii, tulburări de lactație, imaturitate emoțională, schizofrenie și altele) poate omite asigurarea condițiilor de creștere adecvate nevoilor vârstei copilului. Neglijarea copilului de către adultul în grija căruia el se află se poate datora unor reacții la factori stresanți din mediul psihosocial" (Roth-Szamosközi 1999, pp. 89-90).

În cazul mamelor, asemenea atitudine s-ar putea datora unor factori multipli: însingurarea mamei prin părăsirea familiei de către soț sau prin dezinteresul acestuia, nepregătirea psihologică a mamei pentru îndatoririle ei, adesea din cauza vârstei prea tinere, sau în urma unor tulburări de personalitate, copleșirea mamei de obligații profesionale, fie în urma unor ambiții profesionale, fie din cauza presiunii materiale din familie, lipsa de suport oferit mamei din partea rețelei ei sociale. În cazul unui părinte cu mai mulți copii, afecțiunea scăzută față de unul anume se poate pune în relație cu anumite caracteristici ale copilului: prezența unui handicap, anumite caracteristici fizice sau psihice, care sunt adesea puse de părinte pe prim plan prin comparație cu trăsăturile sorei sau fratelui. În familiile cu astfel de atitudini parentale, copilul cu nevoi speciale prezintă riscul cel mai mare de a fi neglijat. (Acest lucru este pus în evidență cel mai bine de concepția socio-biologică a maltratării).

4.5. Consecințele neglijării asupra dezvoltării copilului

Semnele neglijării copilului

1. *„Starea generală:* copilul înfometat ori alimentat nepotrivit, neigienizat, cu aspect vestimentar neadecvat, pedepsit să nu mănânce sau să nu doarmă, care nu-și cunoaște ziua nașterii ori primește în dar obiecte nepotrivite, care nu are cu cine vorbi despre problemele sale ori nu are un program de viață adecvat vârstei sale, rămânând mult timp nesupravegheat;

2. *Somatic și comportamental*: hipo- sau hiperponderal, bolnăvicios, cu un comportament variind de la polul inhibiției până la agitație;

3. *Trăiri emoționale* (în funcție de vârstă): neatașat, introvert, cu vocabular sumar, incapabil să comunice, să se joace sau cu o „foame de stimuli" (extrem de instabil), cu retard școlar, în ciuda unui intelect bun (pseudoretard mental), nemotivat pentru efort cognitiv, insuficient de matur ca dezvoltare volitivă, incapabil de a stabili relații interpersonale durabile" (IXth ISPCAN European Conference on Child Abuse and Neglect, 2003).

Consecințele neglijării

Dezvoltarea copilului supus neglijării este serios afectată. Lipsa răspunsurilor sau stimulării poate duce la dezvoltări întârziate psihomotorii și de limbaj, precum și la o slabă concentrare. Un copil la 12 luni poate arăta ca unul de șase luni. „Pe măsură ce trece timpul acești copii vor înceta să mai plângă și să-și comunice propriile nevoi. Gânguritul lor natural nu se va dezvolta într-un limbaj normal. Ei nu au șansa să exploreze și să învețe ceva legat de mediul înconjurător aflat dincolo de locul în care dorm. Oricum, unii dintre acești copii pot recupera surprinzător de repede, atât pe plan fizic cât și pe plan emoțional, dacă, atunci când sunt încă bebeluși vor fi admiși într-un spital sau instituție pentru copii sau în „foster home" (Killén, 1997: 30). Ei mănâncă cu „lăcomie" și răspund prompt la grija adulților și câștigă în greutate, își dezvoltă limbajul și prosperă. Dacă îngrijirea lor se îmbunătățește doar atunci când sunt mai mari ei vor recupera din punct de vedere fizic, dar nu

chiar așa de mult din punct de vedere emoțional. Se poate întâmpla ca latura emoțională să fie vătămată pentru toată viața. Din nou, dacă ne concentrăm doar asupra aspectului fizic, ne vom distanța sau vom nega aspectul invizibil mult mai serios, poate permanent, al vătămării emoționale. Neglijarea gravă nu dăunează doar sferei emoționale a copilului, ci afectează și dezvoltarea sa fizică. „Uneori neglijarea poate avea consecințe mult mai serioase decât abuzul fizic. Cunoaștem faptul că lipsa unei hrăniri adecvate afectează întotdeauna dezvoltarea timpurie a creierului. Neglijența legată de căutarea unui tratament medical sau de urmărirea acestuia poate avea serioase consecințe. În ciuda importanței deosebite a neglijării, aceasta se bucură de o atenție redusă atât din partea profesioniștilor, cât și a mass-media" (Killén, 1997: 30). În cazul neglijării va trebui parcursă o cale lungă până se va ajunge în momentul de criză. Așa cum spunea Grittenden (1992) „printre copiii neglijați nu rămân supraviețuitori care să se plângă sau să protesteze". Asta scoate în evidență aspectele distructivității sale. „Prin faptul că ucide spiritul celor care au supraviețuit fizic, neglijența nu lasă nici un martor".

Neglijarea poate fi de asemenea mai puțin evidentă și nu neapărat continuă. Copilul poate fi ridicat doar după ce a țipat suficient de mult. Poate primi hrană, dar nu neapărat suficientă sau adecvată întotdeauna. Poate avea haine, dar nu neapărat adecvate, poate primi afecțiune și îngrijire din partea părinților, însă prea puține.

Numeroși copii neglijați preiau un fel de rol de adult la o vârstă fragedă pentru a compensa ceea ce părinții lor nu le-au oferit. Ei trebuie să se îngrijească de ei înșiși și adesea de proprii părinți. Se întâmplă ca acest copil să fie lăudat de către adulți pentru precauțiile și comportarea sa matură fără însă ca cineva să observe faptul că el e privat de copilăria sa; e poate cea mai importantă daună care s-ar putea să nu fie observată decât mult mai târziu.

„În plan emoțional, tabloul consecințelor neglijării poate fi extrem de diferit. Copilul neglijat este marcat de o atitudine de indiferență sau timiditate și de incapacitatea de a-și organiza activitatea liber. Nu este curios, are tulburări de atenție, un prag prea scăzut sau, dimpotrivă, prea ridicat de toleranță a frustărilor, somatizează ușor (cefalee, grețuri, dureri abdominale, diverse cenestopatii), nu este dispus să facă efort cognitiv,

nu are nivelul de aspirații pe termen lung (nu se poate proiecta în viitor)" (IXth ISPCAN European Conference on Child Abuse and Neglect, Warsaw, 2003). În plan social copilul neglijat stabilește contacte interpersonale fragile, are dificultăți de adaptare și încearcă să-și suplinească nevoile nesatisfăcute, uneori prin fapte antisociale (individual sau aderând la grupuri de delincvenți) cu consum de droguri, fugă de acasă, absenteism, însușire deficitară a normelor etico-morale.

Consecințele negative ale neglijării asupra dezvoltării copilului nu sunt inevitabile. Au fost identificați factori care fie diminuează, fie agravează efectele neglijării asupra copilului. „Stabilitatea mediului familial constituie un factor pozitiv, diminuând efectele negative ale abuzului, în timp ce multiplele plasamente, stresul cotidian și depresia părinților contribuie la agravarea consecințelor neglijării, acționând negativ asupra dezvoltării" (Miftode, 2002: 180)

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITARĂ

Cap. V - Familia și neglijarea copilului

5.1. Familia ca mediu propice de dezvoltare a copilului

Copilul este o ființă cu însușiri calitative diferite de cele ale adultului și are în mod legitim dreptul de a ocupa o poziție privilegiată și de a se bucura de un „tratament" specific. Sănătatea, dezvoltarea și educația copilului trebuie să fie în centrul preocupărilor familiei.

„Familia rămâne grupul social vital în asigurarea îngrijirii, protecției și educației copilului. În contextul schimbărilor sociale, se constată o diversificare a modelelor familiale: frecvența crescândă a coabitaților (concubinaje), creșterea numărului divorțurilor, a familiilor monoparentale, opțiunea unor femei de a avea un copil în afara căsătoriei, noile forme coexistând cu modelul „clasic" al familiior conjugale" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 22).

Dezvoltarea personalității copilului este rezultatul unui ansamblu de factori: familiali, școlari, comunitari. Factorii familiali sunt ca proximitate și importanță cei care asigură dezvoltarea unei personalități armonioase, securizarea fizică, afectivă și materială a copilului.

Mediul familial se constituie din:

- membrii familiei între care există relații complexe de a căror funcționalitate depinde eficiența și succesul în dezvoltarea, direcționarea și integritatea socială a copilului;
- spațiul de locuit cu totalitatea dotărilor de care dispune, care pot sau nu să răspundă nevoilor familiei.

Indiferent de modul de organizare, mediul familial întemeiat pe un sistem de interacțiuni afective intense este apt de a reacționa la trebuințele copilului, de a participa și favoriza elaborarea personalității, a imaginii de sine și despre lume. „Familia este cea mai în măsură să răspundă nevoilor copiilor. Aceasta este din punct de vedere afectiv cea mai adecvată trebuințelor lui, pentru că numai relațiile afective și sentimentele de dragoste îl fac pe părinte să înțeleagă și să intuiască copilul și starea lui de copilărie. În familie, copilul își poate satisface nevoile sale primare, își poate manifesta frustările inevitabile, temperate de dragostea părinților" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 22). În familie, copilul poate să-și investească toate resursele emoționale, să învețe să și le controleze. Pentru că asigurarea unui mediu afectiv va constitui garanția pentru o dezvoltare armonioasă.

Familia este mediul esențial care poate influența dezvoltarea și destinul copilului prin securizare materială, dragoste *și* educație.

Valorile după care funcționează o familie matură, sănătoasă sunt capacitatea de a iubi și de a munci cu scopul producerii bunurilor necesare conviețuirii. O funcție definitorie a familiei este cea de a genera iubire față de toți membrii săi.

„Familia este prin definiție cadrul de satisfacere al nevoilor membrilor ei. Nevoile de bază, fiziologice sunt la fel de importante ca și nevoia de securitate, de dragoste și apartenență, de recunoaștere. Toate aceste nevoi categorisite de Maslow ca fiind nevoi de tip D, care apar prin lipsă și împing individul la a căuta satisfacție depind de ceilalți, de cei din jurul individului, de ceilalți membri ai familiei. Este evident faptul că o familie în care legăturile dintre membrii ei nu sunt de dragoste și respect, nu poate constitui un cadru propice de satisfacere a nevoilor umane și deci de dezvoltare normală" (Muntean, 2001: 143).

Nevoile ființei umane, modul în care sunt împlinite sau dimpotrivă modul în care sunt neglijate ele, determină caracteristicile de dezvoltare ale ființei umane. Un copil se dezvoltă optim, devine o ființă normală, capabilă de a fi fericită și de a-i face fericiți pe cei din jurul său, sau dimpotrivă evoluează spre comportamente și stări mai puțin normale, în funcție de modul în care cei din jur, în primul rând părinții, știu să vină în

întâmpinarea nevoilor lui și să înțeleagă, în satisfacerea acestor nevoi, caracteristicile care țin de vârsta copilului.

O exprimare succintă a funcțiilor parentale ar fi că funcția de părinte presupune a veni în întâmpinarea nevoilor copilului pentru o dezvoltare normală, a acompania deci copilul și nu a-l dirija în dezvoltarea lui. „Imaturitatea părinților, problemele lor emoționale, multe având-și rădăcinile în propria copilărie, anumite boli mentale sau un grad de retard mental, alcoolismul și consumul de substanțe care deconectează părintele de la realitate vor determina incapacitatea părintelui de a îndeplini funcțiile care îi revin în relația cu copilul" (Muntean, 2001: 143).

Există câteva abilități de care părintele are nevoie pentru a putea fi un părinte bun. Cele mai importante astfel de abilități și de care depinde modul în care părintele își percepe copilul (nevoile și dezvoltarea lui emoțională) sunt:

- abilitatea de a percepe copilul în mod real;
- abilitatea de a accepta că este responsabilitatea adulților să satisfacă nevoile copilului și nu invers;
- abilitatea de a avea așteptări realiste în privința capacității copilului de a face față diferitelor situații;
- abilitatea de a empatiza cu copilul;
- abilitatea de a se angaja pozitiv în interacțiune cu copilul;
- abilitatea de a da prioritate nevoilor copilului;
- abilitatea de a-și înfrâna durerea și agresivitatea în fața copilului.

Uneori părinții își îndeplinesc bine funcțiile de părinți, dar în situații mai dificile, de criză, ajung să-și neglijeze sau să-și abuzeze copilul, iar alteori aceștia își neglijează de la început copilul și îl expun constant diferitelor tipuri de neglijări, mai ales neglijări fizice și emoționale. În general, neglijarea copilului apare pe un fundal al indiferenței și ignoranței parentale vizavi de nevoile copilului. Fiind preocupat în mod constant de alte probleme, mai mult sau mai puțin familiale, părintele „uită" să aibă grijă de copil, să se ocupe de el.

Cauzele care duc la apariția fenomenului de neglijare a copilului în propria familie au fost îndelung studiate și analizate de către specialiștii în protecția copilului și familiei. Astfel, cauzele neglijării nu diferă foarte

mult de cele care conduc la abuzul asupra copilului și, în general, ele țin de caracteristicile copilului, ale părinților, de contextul familial și social în care trăiește copilul.

Este foarte adevărat că, de multe ori, conflictele intrafamiliale constituie factorul favorizant apariției neglijării copilului de către părinți. Astfel, funcțiile și rolurile parentale sunt distorsionate, preocuparea pentru copil trece în plan secundar, iar efectele caracteristice violenței intrafamiliale sunt resimțite puternic de copii, atât pe plan afectiv cât și în planul dezvoltării fizice și sociale.

5.2. Violența intrafamilială și neglijarea copilului

Violența domestică afectează funcționarea familiei, în toate structurile sale. Familia devine astfel mai puțin transparentă și deschisă mediului social imediat: familia lărgită, vecinii, prietenii, colegii. De aici provine tendința de izolare socială, element caracteristic în dinamica violenței domestice. Funcția principală a familiei, creșterea copiilor, este distorsionată, consecințele fiind dramatice și de lungă durată. „Într-un climat violent, nevoile de bază ale copiilor – nevoia de siguranță, de viață ordonată, de dragoste – sunt profund neglijate. Funcțiile parentale nu mai pot fi îndeplinite. O mamă victimă a violenței soțului este mai puțin capabilă să asigure îngrijirile de bază necesare copilului (hrană, casă, igienă, haine, sănătate fizică) sau să-l protejeze pe acesta de răniri, accidente, pericole fizice sau sociale. Copleșită de rușine pentru ceea ce i se întâmplă, de sentimentul eșecului în cea mai importantă relație interpersonală, de teroare, de autoacuzații, femeia nu mai este capabilă de a juca nici unul din rolurile impuse de viața familiei" (Popescu, Muntean, 1998: 40). Astfel se explică numărul mare de accidente domestice ale căror victime sunt copiii. Desigur, mama nu ar fi vrut să-și vadă copilul la secția de urgență a unui spital, ars de oala cu apă fierbinte care s-a răsturnat peste el, dar nu a mai fost capabilă să-i dea copilului atenție, să fie prezentă și să se bucure de el. În atmosfera de violență, copilul devine cel mai adesea neglijat, expus tuturor relelor, de fapt rămâne într-o singurătate umplută doar de țipetele celor din jur. Investigații sumare în cazurile de

copii neglijați scot la iveală violența din căminele lor, care nu mai lasă copilului locul de care acesta are nevoie pentru a se dezvolta normal. Într-un cămin marcat de violență, nici mama și nici tatăl nu se mai pot preocupa în mod eficient de stimularea copilului pe planul cunoașterii și al experiențelor sociale. Ei își pierd din ochii copilului autoritatea de care ar trebui să se bucure ca părinți. În locul autorității părintești se instalează teroarea, care nu educă, nu formează, ci poate doar frâna dezvoltarea mentală și afectivă a copilului. Copilul va învăța o singură regulă: să se ferească cu orice preț de agresiuni. Mama, odată ce este direct afectată de violența partenerului de viață, nu-și va mai dezvolta la întreaga capacitate abilitățile sale materne (empatia, acceptarea copilului cu imaturitatea specifică vârstei, dragostea și capacitatea de a-l răsplăti pentru ceea ce face, de a-l face să se simtă important, valoros).

„Consecințele neîndeplinirii funcțiilor parentale afectează modul în care se structurează personalitata copilului. Imaginea de sine, încrederea în ceilalți și în propriile forțe, devine nesigură, fragilă, tulburată de cele mai mici disfuncții care apar, copilul fiind incapabil să facă față unor situații dificile, care ar cere rezolvarea unor probleme prin propriile forțe și prin implicarea celorlalți. Cu o imagine de sine slabă, neîncrezător în forțele sale, copilul este sortit eșecului, un eșec care nu înseamnă doar neîmplinirea, nerealizarea, nefericirea unui individ, dar în același timp înseamnă o pierdere la nivelul întregii societăți" (Popescu, Muntean, 1998: 40).

Reacția și structurarea personalității copilului, care crește într-o atmosferă violentă nu este uniformă pentru toți indivizii. Intervine aici fenomenul de reziliență al copilului, care-i va face pe unii dintre ei, câțiva mai puternici, mai norocoși, să facă față forței distructive a violenței domestice și să scape mai puțin marcați. Este însă o șansă pe care o au doar unii copii și în virtutea căreia nu poate fi neglijat efectul nociv al violenței domestice asupra dezvoltării noilor generații.

Într-un studiu amplu condus de Hetherington et. al. s-a alcătuit o ierarhie a gradului de suferință și consecințe nefaste a calității vieții familiei asupra dezvoltării copilului. „S-a constatat că:

- suferința cea mai intensă și cu repercursiunile cele mai severe o provoacă familia monoparentală maternă în care continuă conflictele, după separare;

- suferință intensă trăiesc copiii aflați în familii aparent organizate, unite, dar cu numeroase conflicte;
- situație mult mai bună o au copiii care trăiesc în familie monoparentală maternă, fără conflicte;
- cea mai bună situație o au copiii care trăiesc cu ambii părinți, fără conflicte" (Muntean, 2001: 50).

Copiii care cresc în familii violente dezvoltă comportamente și condiție fizică ce-i fac ușor de recunoscut. Ei prezintă:

- *Probleme fizice*, boli inexplicabile, expus la accidente în casă și înafara casei, dezvoltare fizică mai lentă;
- *Probleme emoționale și mentale*: anxietate mărită. Simțământ de culpabilitate, frică de abandon, izolare, frică de răniri și moarte, manie;
- *Probleme psihologice*: neîncredere în sine, depresie, comparații cu viața mai fericită a colegilor;
- *Probleme de comportament*: agresivitate sau pasivitate la agresiunile celorlalți, probleme cu somnul, enurezis, bătăi, fuga de acasă, sarcini la vârste mici, mutilare, consum de alcool, droguri, comportament defensiv și minciună;
- *Probleme școlare*: neîncredere, eliminare, schimbări bruște în performanțele școlare, lipsa de maniere sociale, lipsa de concentrare;
- Identificare cu eroi negativi.

Un lucru mai puțin luat în considerare până acum este faptul că în rândul tinerilor a crescut fenomenul sinuciderilor și a tentativelor de suicid și că pe primul loc în rândul cauzelor se află climatul familial deteriorat și slaba comunicare în cadrul familiei.

BCU IAȘI

5.3. Familia – cauza în neglijare sau resursă în prevenirea ei ?

„Familia este instituția socială cea mai des întâlnită în societatea modernă. Existența ei implică însă și „riscuri". Dezideratul social ne cere fiecăruia să ne formăm o familie nouă, și fiecare din noi suntem membri ai familiei de origine. Însă cine ne învață cum să ne formăm o familie, ce roluri să adoptăm?

Conform teoriilor de învățare, noi suntem de mici instruiți într-o manieră nedirijată în acest sens, copiind modelele de comportament din jurul nostru, care pot fi mai mult sau mai puțin adecvate. Una dintre cauzele neglijării sunt tocmai aceste proaste comportamente pe care tindem să le reproducem" (Revista de Securitate Comunitară, Anul II, nr. 5/2002: 70).

Conform studiilor efectuate de diverși cercetători, Zamfir 1993, Hristu 1998, în societatea românească există o strânsă corelație între sărăcie și neglijare, copiii fiind categoria cea mai afectată azi. În 1994, 37% dintre copii trăiau sub limita sărăciei. O bună parte din cazurile de neglijare au la bază rațiuni economice, resursele de care dispune familia nefiind suficiente. După Costin (Roth, 1999) familiile ce au niveluri scăzute de venit tind mai degrabă să își neglijeze copiii (36,8%) decât să-i expună altor forme de abuz (19,9%), pe când în familiile cu venituri ridicate procentul neglijării a coincis cu cel al abzului (4,4%). Un prim pas pentru a contracara nivelul sărăciei îl constituie programele de susținere socio-economică și de creștere a calității vieții. Diverse programe inițiate de ONG-uri din domeniul asistenței sociale oferă sprijin în acest sens. Însă pentru a produce schimbări structurale este nevoie de mai mult. Un prim pas a fost făcut începând din ianuarie 2002 de Guvernul României, care a introdus legea venitului minim garantat.

Orice strategie de succes trebuie să se adreseze familiei ca sistem, ținând cont de relațiile existente în interiorul ei, neuitând că intervenția se face în interesul copilului.

„În ultimii 40 de ani cercetătorii din domeniu au ajuns la concluzia că menținerea copilului în familie este de preferat oricăror alte forme de instituționalizare. În acest scop se încearcă pentru prima dată a se interveni

la nivelul părinților prin forme adecvate (sprijin finanaciar, abordare terapeutică interdisciplinară). Din această ecuație nu este uitat niciodată copilul, bunăstarea și calitatea vieții lui fiind principalii indicatori ai succesului intervenției" (Revista de Securitate Comunitară, Anul II, nr. 5/ 2002: 70). În cazul în care interesul copilului nu mai este satisfăcut în familia de origine se apelează la familia extinsă, și apoi vine soluția plasamentului familial, sau, ca ultimă soluție prevăzută de specialiștii în domeniu, adopția copilului.

Într-o lume în care toate instituțiile și toate tipurile de raporturi sociale se schimbă în ritm accelerat, familia nu poate să rămână neschimbată și nu trebuie absolutizat un model sau altul de organizare familială sau de interacțiune părinți-copii. „Nu se poate recomanda o „rețetă" universal valabilă a familiei „bune" din punctul de vedere al reușitei în dezvoltarea copilului, în securizarea acestuia, în asigurarea succesului de integrare" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 39).

„Ingredientele" sunt extrem de numeroase și mai ales „cantitățile" optime și modul de combinare trebuie adecvate fiecărei situații particulare. Aceasta se raportează la multe elemente: pregătirea/profesia părinților, stil de viață, vârstele și particularitățile părinților, obiective-motivații, aspirații, potențial, repere culturale sau religioase. În loc de concluzie putem spune că potențarea și eficientizarea resurselor familiei este esențială pentru evitarea și renunțarea la fenomenul neglijării copiilor. Nimeni nu spune că este ușor sau simplu, însă fiecare familie reintegrată în cursul normal al societății este un model pozitiv, cu reale valențe de „contaminare" a societății.

BCU IAȘI/CLUJ

Cap. VI – Specificul intervenției în cazul copilului abuzat

6.1. Necesitatea protecției copilului abuzat și principiile protecției copilului

«Ceea ce a apărut de multă vreme nu poate dispărea brusc...

Intervenția implică să cunoști cât mai multe posibile soluții pentru a o alege pe cea mai pertinentă în situația dată». (Ionescu, Ș., 1999)

„Intervenția eficientă în cazul copilului victimă a abuzului sau neglijării necesită timp, resurse umane și materiale, pentru a putea răspunde atât nevoilor care generează situația în care copilul este maltratat, cât și consecințelor care apar, la nivelul tuturor celor implicați, și care se reflectă dramatic în procesul de dezvoltare a copilului" (Miftode, 2002: 180).

Practicienii, cercetătorii, oamenii legii, politicienii sunt de acord că intervenția trebuie să se facă în numele și pentru interesul suprem al copilului. Interesul superior al copilului este o sintagmă acceptată și utilizată adesea înainte de a fi pe deplin înțeleasă. Ea este conținută și promulgată prin documente și reglementări internaționale. În numele ei sunt formulate legile privind drepturile copilului.

„Într-o abordare globală interesul suprem al copilului presupune satisfacerea nevoilor impuse de o dezvoltare normală. Drepturile copilului reprezintă nevoile lui pentru o dezvoltare optimă, necunoscute și ridicate la rang de lege care crează obligații egale pentru toți cei care se implică în viața copilului" (Ionescu, 1999: 124).

Nevoile copilului sunt cunoscute mai întâi de către cercetători și specialiști, aduse la cunoștință practicienilor și impuse prin legi, în gestul suprem al oricărui stat și al lumii întregi de a-și proteja noile generații.

Formularea acestor nevoi și a resurselor necesare satisfacerii lor a impus familia în atenția specialiștilor, în ultimii 40 de ani. Familia este identificată ca fiind cel mai propice mediu de dezvoltare a copilului.

Uneori apare o oarecare fetișizare a noțiunii de familie. În realitate, nu întotdeauna întâlnim familii foarte bune și părinți foarte buni. Dovada o constituie frecvența cazurilor de maltratare a copilului atât în familie, cât și în instituțiile construite pe baza modelului familiei.

„Diverse teorii privind familia și funcționarea ei au condus la formularea unor paradigme ce pot fi utile specialiștilor echipei multidisciplinare chemate să intervină în situații de abuz a copilului. Prin confruntarea lor, poate fi negociată strategia cea mai adecvată unei situații date.

Abuzul și neglijarea copilului implică mediul de viață al copilului luat în totalitate. În anumite situații de excepție, în cazul copiilor abandonați sau orfani, familia este înlocuită cu servicii dezvoltate de sistemul de protecție a copilului, iar funcțiile părintelui revin personalului care îngrijește copilul" (Ionescu, 1999: 126).

Abuzul copilului reprezintă așadar un proces interacțional și multifactorial (Killén, 1993). Intervențiile se vor axa pe interacțiunea multiplilor factori identificați de intervenienți ca participând la producerea și menținerea situațiilor de maltratre a copilului. De aceea, o strategie eclectică răspunde cel mai bine intereselor copilului victimă a abuzului și aflat în procesul de reabilitare.

„Consecințele abuzului ating toate laturile bio-psiho-socio-culturale ale ființei umane și reprezintă, în același timp, încălcarea drepturilor copilului" (Miftode, 2002: 180). De aceea, în elaborarea strategiilor de intervenție trebuie să se țină seama de toate aspectele existențiale ale copilului victimizat: psihologice, sociale și culturale și, în același timp, să aibă un aspect corectiv pentru agresor și de reabilitare pentru familia care a constituit mediul de producere a situației abuzive.

„În ultimul deceniu se susține din ce în ce mai clar și mai argumentat ideea că serviciile de protecție a copilului trebuie să lucreze într-o relație

de parteneriat cu părinții, nu împotriva acestora: asistentul social și părintele să aibă o „agendă" comună, cu scopuri convenite împreună și clar formulate, în vederea rezolvării problemelor familiei" (Aldgate, 1997, apud Roth-Szamosközi, 1999: 22).

Rezultatele muncii comune se vor exprima în acțiuni, ale căror consecințe vor viza copilul: interesul supeior al copilului va deveni esența intervenției.

Baza valorică pe care s-a întemeiat protecția copilului în ultimul deceniu, în lumea întreagă, a fost Convenția Internațională privind Drepturile Copilului (semnată de toate țările membre O.N.U. în 1989 și ratificată de Parlamentul României în 1990). Ca urmare, principiile protecției copilului au devenit următoarele (Roth-Szamosközi, 1999, pp. 22-24):

Primordialitatea interesului copilului față de cel al tuturor celorlalți actori sociali este specificul oricărei acțiuni de protecție a copilului. În Convenția Internațională privind Drepturile Copilului (1989) se specifică: „în toate acțiunile care-i privesc pe copii, fie că sunt luate de instituții publice sau private de ocrotire socială, fie de către tribunale, autorități administrative sau de organe legislative, intersele superioare ale copilului trebuie să fie luate în considerare cu prioritate (articolul 3). Modul în care o societate pune în aplicare acest principiu demonstrează prețuirea reală acordată viitoarei generații.

Aceasta presupune, totodată, principiul înțelegerii copilului ca o personalitate unitară, cu un ansamblu de nevoi interrelaționale. Satisfacerea acestor nevoi depinde de persoanele din mediul copilului și de serviciile medicale educative și sociale create de societate.

Perspectiva „ecologică" se referă la înțelegerea dezvoltării umane în cadrul contextual propriu, punându-se în evidență legătura dintre individ, familia sa și mediul social, din această perspectivă, situația copilului nevoile sale, sunt analizate în contextul cultural și social al familiei din care face parte. Problemele legate de creșterea copilului în familie, abuzul (și neglijarea) copilului sunt privite în ansamblul problemelor familiei, iar intervenția la nivelul uneia dintre componentele sistemului este analizată prin prisma acțiunii acesteia asupra celorlalte componente ale sistemului.

Perspectiva competenței clienților se referă la punerea accentului pe capacitățile copilului și cele ale familiei. Pentru munca în familia unui copil aflat în pericol trebuie descoperite resursele părinților, ale celorlalți membri ai familiei, ale grupurilor de auto-ajutor etc. Această perspectivă mai înseamnă implicarea clientului – respectiv a copilului - în toate deciziile care-l privesc, respectându-se opțiunile și argumentele sale.

Principiul planificării în perspectivă (sau al permanenței) se referă la necesitatea cunoașterii scopului final al investigației și intervenției și organizarea unui set de activități pe termen lung, consistente, cu un program, cu o metodă consecventă de lucru. Thoburn (1998) subliniază importanța asigurării permanenței pentru sentimentul de stabilitate, atât de important în viața copilului.

Perspectiva dezvoltării se referă la înțelegerea schimbărilor care survin în diferite perioade de viață. Teoriile care explică dezvoltarea stadială (de exemplu, teoria lui E. Erickson) permit înțelegerea sarcinilor și crizelor specifice fiecărui stadiu de viață, factorii promotori ai schimbării și relativitatea atitudinilor parentale în diferitele perioade ale dezvoltării.

Pespectiva familiei în protecția copilului pornește de la ideea după care familia este contextul natural de viață al copilului, deci familia rămâne unitatea centrală asupra căruia se concentrează intervenția care vizează copilul. De asemenea, din punct de vedere legal – până la decăderea părinților din drepturile lor parentale – părinților le revin drepturi și responsabilități fundamentale privind educarea propriilor copii.

Atașamentul din relația părinte-copil este un fundament emoțional puternic și este temeiul dezvoltării sentimentului de identitate al copiilor – chiar în condițiile unor relații tensionate – iar ruperea acestor relații emoționale nu este în interesul acestora. De aceea acțiunile de protecție a copilului se vor orienta spre prevenirea dezintegrării familiei. În cazul în care un copil este scos din familie, pentru a i se asigura protecția, acest principiu va trebui să însemne păstrarea legăturilor copilului cu propria familie în cea mai mare măsură posibilă și desfășurarea unei munci susținute cu familia în vederea creării condițiilor reîntoarcerii copilului.

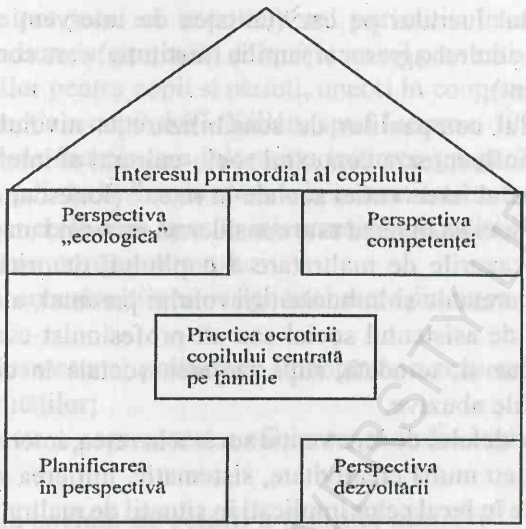


Fig. 6.1.1. Principiile protecției copilului

6.2. Modelul intervenției sociale în rețea și rolul rețelei sociale în cazurile de abuz

„Maltratarea reprezintă o disfuncție a relației dintre copil și adultul în puterea căruia se află copilul. Dacă această putere este utilizată pentru a face rău copilului, dacă adultul nu își asumă responsabilitatea îngrijirii copilului, copilul apare ca victimă în relația cu adultul" (Ionescu, 1999: 130).

Maltratarea unui copil este însă în relație cu întreaga comunitate, care favorizează sau tolerează producerea fenomenului, și se răsfrânge în spațiul cultural al acesteia.

Tipurile de intervenție se referă la nivelurile sociale diferite pe care le țintește și le implică. „În literatura de specialitate se regăsesc trei modele sau tipuri de intervenție în cazul abuzului asupra copilului, din a căror variată combinație poate rezulta succesul:

- modelul lucrului pe caz (unitatea de intervenție este copilul-victimă, adultul-agresor și familia (instituția) care constituie mediul maltratant);
- modelul companiilor de sensibilizare la nivelul comunitar și politic (influențează contextul socio-cultural al intervențiilor);
- modelul intervenției sociale în rețea" (Ionescu, 1999: 130).

Intervenția socială în rețea este considerată ca având un grad ridicat de eficacitate în cazurile de maltratare a copilului, datorită creșterii responsabilității parentale și îmbunătățirii rolului parental, a diminuării dependenței față de asistentul social sau alt profesionist care intervine în cazurile de abuz și, totodată, rupe izolarea socială în care trăiesc, în general, familiile abuzive.

„În cazul modelului de intervenție socială în rețea, intervențiile trebuie să urmărească, cu multă creativitate, sistematic, inițierea și funcționarea rețelelor sociale în jurul celor implicați în situații de maltratare a copilului și în primul rând a copilului victimă. Experiența unor proiecte a demonstrat eficiența, costurile mici și rezultatele remarcabile ale acestor tipuri de intervenție.

Rețelele se alcătuiesc din serviciile și profesioniștii implicați în intervenție, dar și din persoane exterioare sistemului de servicii. Aceste persoane pot aparține familiei extinse sau pot fi voluntari care se implică pentru sprijinirea copilului, familiei, instituției. Uneori, acești voluntari, pe lângă disponibilitatea de a se implica, au și o experiență proprie cu situații de maltratare, ceea ce le dă o experiență incontestabilă" (Ionescu, 1999: 133).

Rețelele și grupurile de suport social au un efect educativ și terapeutic incontestabil care, în anumite situații, poate fi mai adecvat decât o anumită formă de terapie, dar întotdeauna poate completa cu succes o formă de terapie individuală.

Dacă terapeutul nu urmărește abordarea părinților prin rețea, munca terapeutică cu aceste familii poate face să crească dependența lor de terapeut, iar acesta se va găsi în situația de a fi unica «rețea socială a familiei», făcând astfel să sporească starea de izolare și de neputință a familiei.

„Grupurile pot juca un important rol preventiv în cazul familiilor tinere. În Scandinavia, grupurile de sprijin cu rol preventiv s-au dezvoltat în jurul clinicilor pentru copii și părinți, uneori în cooperare cu serviciile locale de protecție a copilului" (Killén, apud Ionescu, 1999: 134).

Acest mod de funcționare înlesnește inițierea grupurilor de reflecție comunitară. Analizând cazurile apărute în comunitate, nevoile și resursele disponibile, barierele care apar în intervenție, specialiștii care alcătuiesc aceste grupuri au următoarele roluri:

- identificarea și inițierea verigilor absente din rețeaua serviciilor de intervenție;
- planificarea unei politici de îmbogățire a resurselor existente la nivelul comunităților;
- chestionarea permanentă a eficienței cadrului legislativ existent.

6.2.1. Rețeaua socială de relații a familiei abuzive

Rolul rețelei sociale în cazurile de abuz este deosebit de important, ca fiind o resursă valoroasă care poate fi utilizată cu succes în cazul intervenției în situații de maltratare, în special dacă este combinată cu celelalte tipuri de intervenție, respectiv modelul lucrului pe caz și al campaniilor de sensibilizare comunitară.

„Relațiile sociale ale copiilor și ale părinților afectează în mod direct și indirect (mai ales prin efectul asupra părinților) dezvoltarea copilului. Relațiile sociale acționează ca un filtru în interacțiunea dintre copil și societate. Influența familiei asupra dezvoltării sociale a copilului poate fi minimalizată prin relațiile sociale extinse.

Rețeaua de relații sociale poate proteja indivizii față de efectele stresului, inclusiv ale stresului financiar și este de importanță deosebită pentru dezvoltarea copilului. Siguranța că există oameni care vor ajuta și proteja, creează securitate și atașament și va contribui la dezvoltarea identității, atât la copii cât și la părinți. Un sistem de legături bine pus la punct are, de asemenea, o funcție de susținere a normelor" (Killén, 1998: 195).

Rețeaua de relații sociale este importantă pentru rezolvarea adecvată a problemelor în situații de criză. Caplan a descoprit că apartenența la un sistem de relații a fost decisivă pentru ieșirea din criză.

„Am subevaluat importanța rețelei sociale în asistarea copilului și a familiei și am supraevaluat importanța profesioniștilor referitor la rețeaua de relații. Am ignorat posibilitatea ca familiile să prefere să fie ajutate în cadrul rețelei lor de relații sociale mai degrabă decât de noi. Noi vom petrece până la o oră, două pe săptămână cu familia, în timp ce persoanele din rețeaua ei de relații sociale pot fi disponibile, într-o măsură mai mică sau mai mare, tot timpul" (Killén, 1998: 196).

Familiile care își neglijează copiii nu au parte de rețeaua de prieteni și rude de care celelalte familii sunt dependente pentru a-și crește copiii. Singurătatea și izolarea sunt ele însele asociate cu abuzul.

Când îngrijirea dată de părinți este deficitară, legăturile sociale devin deosebit de importante. Existența unui adult din afara familiei de care copilul să se poată atașa poate fi crucială pentru modul în care va „supraviețui" maltratării.

Relațiile sociale ale copiilor și părinților sunt rareori evaluate atent.

Clienții vorbesc deseori de conflictele și frustările ce le au în relațiile lor sociale, fără ca profesioniștii să le exploreze direct. Dar cu toate acestea cunoaștem o serie de rețele de legături, deoarece un număr de familii care-și abuzează copiii provin din aceeași rețea. De asemenea, s-a întâmplat să fim contactați de un membru al rețelei de legături sociale a familiei sau ca acesta să fie prezent la vizite.

Deseori considerăm relațiile sociale ca pe ceva supărător, ceva ce ne deranjează munca și de care ne-am distanțat, iar teama de a încălca confidențialitatea a făcut și mai dificilă explorarea acestora.

Atenția s-a concentrat în primul rând asupra părinților, ceea ce ne-a limitat interesul pentru legăturile sociale ale copilului. Deseori știm foarte puțin despre ele, cu atât mai mult cu cât sunt în schimbare.

„Conștientizarea importanței relațiilor scoate în evidență necesitatea de a explora posibilele dificultăți și resurse ale acestora. Evoluțiile din practică și cercetare sunt pe cale să ne dea o bază pentru evaluarea acestor situații" (Killén, 1997: 197).

Deseori apar conflicte între familii și relațiile lor. Aceste conflicte se pot manifesta mai mult sau mai puțin continuu sau din când în când. Ele pot preceda ruperea contactului și izolarea. Există o relație strânsă între funcțiile parentale și funcțiile în alte roluri sociale. Așa cum a evidențiat

Björk (1989), o rețea nu se creează de la sine, ci individul este cel care o crează și o menține. Poate fi văzută ca oglindă a personalității. Lumea interioară a persoanei este proiectată în lumea exterioară

Legat de ajutorul primit din partea rețelei de relații sociale pot fi menționate grupurile de sprijin sau de ajutor reciproc, care au caracter preventiv de cele mai multe ori în cazul maltratării copilului, dar sunt eficiente și în perioada ulterioară comiterii abuzului.

„Grupurile pentru părinți sunt o parte din noile dezvoltări în abordările în rețea. Acestea reduc izolarea și vin în întâmpinarea unor nevoi de îngrijire. Relațiile în grupul unde participanții dăruiesc și primesc, contribuie la sporirea respectului de sine mai mult decât atunci când participanții se află într-o relație de primire a ajutorului.

S-a accentuat și s-a ilustrat educația parentală. În același timp, ele au furnizat posibilități pentru dezvoltarea unor funcții sociale, împărtășirea și rezolvarea problemelor și dezvoltarea respectului de sine al părinților" (Killén, 1997: 398).

De asemenea, ajutorul vecinilor este foarte important și util în cazul familiilor care relaționează deficitar cu copiii lor. Aceștia pot oferi sprijin atât părinților, cât și copiilor, ori de câte ori este nevoie, mai ales în situații de criză pentru familie. Nu de puține ori vecinii au fost cei care au sesizat autoritățile despre cazuri de copii abuzați sau și-au oferit ajutorul neoficial la îndepărtarea situației de maltratare și/sau îmbunătățirea relaționării părinți-copii.

Voluntarii sunt considerați de asemenea ca având un rol important în ajutorarea părinților și copiilor care au avut experiența unui abuz. De cele mai multe ori acești voluntari sunt pregătiți pentru a oferi sprijin acestor familii de către profesioniștii care instrumentează cazurile respective, iar ajutorul lor constă în satisfacerea unor nevoi specifice respectivelor familii sau ajutarea acestora în îndeplinirea anumitor activități („prieteni de familie" voluntari).

„Cei care ajută părinții acționează ca „prieteni de familie" neprofesioniști, pentru a suplini neajunsurile rețelei deficitare pe care o are adesea familia" (Killén, 1997: 404).

Membrii familiei extinse (rudele) dar și prietenii de familie constituie de cele mai multe ori baza rețelei de relații sociale a familiei respective,

sprijinul necondiționat și permanent al acestora fiind deosebit de important în identificarea soluțiilor în situații de criză (cum ar fi abuzul asupra copilului) și depășirea acestor situații, susținerea morală, afectivă, uneori economică și îmbunătățirea calității vieții copiilor și părinților afectați de situația de maltratare.

Cea mai frecventă metodă utilizată de către specialiști în vederea identificării rețelei de relații sociale a unei familii este metoda hărții eco. „Harta eco precizează locul unei persoane sau a familiei sale în contextul social. La întocmirea ei se va folosi un set de coduri menționat în legendă. Harta eco oferă răspunsuri la următoarele întrebări (Hartman, A., 1983):

- Care sunt relațiile dintre membrii familiei?
- Cum interacționează familia cu rudele, prietenii și vecinii?
- Membrii familiei au locuri de muncă?
- Copii au acces la sistemul educațional?
- Care sunt performanțele intelectuale ale membrilor familiei?
- Familia are un venit suficient pentru a acoperi cheltuielile de întreținere, hrană, transport, educație?
- Familia participă la activități religioase, sociale, culturale?
- Membrii familiei sunt marcați de stres?" (Miftode, 2002: 198).

Din păcate, nu întotdeauna rețeaua de relații sociale a familiei are o influență pozitivă asupra membrilor familiei respective. Există numeroase cazuri când anumite relații sociale au contribuit substanțial la apariția abuzului asupra copilului prin influența negativă exercitată de membrii cercului social al părinților asupra acestora din urmă; de asemenea, nu de puține ori abuzatorul provine din cercul social al familiei respective (există situații când vecinii, prietenii cărora părinții le-au lăsat sub supraveghere copilul îl abuzează fizic sau chiar sexual sau nu au grijă de el, copilul fiind astfel expus accidentelor care îi periclitează viața etc.).

„Astfel de medii pot expune copiii la comportamente necritice din partea adulților în legătură cu violența, amenințările, sexualitatea. Pot fi atât copii care sunt maltratați acasă cât și copii care nu sunt. Copiii pot fi aduși în situații în care „loialitatea" față de propria rețea de relații sociale și amenințările din partea celui care abuzează să împiedice mult timp descrierea abuzului" (Killén, 1998: 201).

Rețeaua de legături sociale joacă un rol central în funcționarea familiei și în creșterea copiilor. Cercul familiei influențează copiii direct sau indirect prin părinți și alte contacte exterioare.

„Rețelele au fost private ca resurse, dar este la fel de important să ne gândim că modelele și contactele acesteia pot fi distructive".

Deseori familiilor care își maltratează copiii le lipsesc relațiile bune, au cercuri sociale supraîncărcate sau au conflicte importante în relația cu ele. Copiii supraviețuiesc cel mai bine maltratării dacă au un atașament față de o persoană adultă din rețea, din afara familiei" (Killén, 1998: 202).

Relațiile pot fi și o resursă și o piedică. Pentru practica noastră este importantă includerea unei analize a rețelei într-o evaluare exhaustivă. *Este important să identificăm barierele care împiedică dezvoltarea de relații de suport și potențialul pe care îl au familia, vecinii și alții.*

Astfel o importanță majoră o are rețeaua de servicii sociale specializate și profesioniștii care intervin în situațiile de abuz.

6.2.2. Rețeaua profesională și echipa multidisciplinară de intervenție

Kari Killén (1998) în lucrarea *Copilul maltratat* afirma că «o intervenție eficace, centrată pe consolidarea raportului social de rețea, necesită implicarea profesioniștilor în vederea soluționării problemelor și a sprijinirii cu competență a familiilor».

În cazul modelului de intervenție socială în rețea, rețelele se alcătuiesc din personae exterioare sistemului de servicii și din serviciile și profesioniștii implicați în intervenție. Astfel, avem două tipuri de rețele: primară și secundară.

„Prin rețea primară înțelegem «unitatea de viață socială care grupează persoane care se cunosc și care sunt unite unele cu altele prin legături de rudenie, prietenie, vecinătate sau muncă»" (Brodeur, Rousseau, apud Miftode, 2003: 480).

„Prin rețeaua secundară înțelegem acea formă de reprezentare a instituțiilor sociale care au o existență oficială, sunt structurate în mod precis, îndeplinesc funcții specifice și oferă servicii particulare" (Sanicola, Lia apud Miftode 2003: 480).

Printre caracteristicile acestui tip de rețea întâlnim:

- nu apare în mod natural;
- membrii rețelei își stabilesc relațiile în funcție de serviciile pe care le furnizează sau pe care le primesc;
- rolurile persoanelor implicate în rețea determină natura relațiilor manifestate între ele;
- factorii normativi (juridici) și cei economici joacă un rol mai important în acest domeniu decât relațiile de reciprocitate.

Profesioniștii și specialiștii care intervin în cazurile de abuz asupra copiilor, precum și serviciile pe care aceștia le oferă, constituie rețeaua secundară (sau profesională) a familiei aflate în situația de abuz asupra propriului copil.

„În funcție de serviciul la care se face semnalarea cazului de abuz se formează și echipa de intrervenție. În general, echipa va fi alcătuită din medic, asistent social, psiholog, jurist, polițist" (Miftode, 2003: 153).

Fiecare membru al echipei are sarcini precis descrise, prin specificul profesiei și al serviciului din care provine, dar, în același timp, anumite intervenții vor fi mai puțin specifice și vor constitui sarcini comune pentru toți membrii echipei.

Medicul implicat în intervenție, membru al echipei, poate fi pediatru, medic de familie, neuropsihiatru, medicul din clinica de copii, având o pregătire specială în domeniul prevenirii abuzului copilului.

„Funcționarea echipei presupune desemnarea unei persoane-cheie (persoană responsabilă, persoană releu) pentru caz. De regulă, persoana cheie este asistentul social care are în acest rol, următoarele sarcini" (Killén, 1998: 291):

1. să asigure corecta colectare și înregistrare în documente a informațiilor rezultate din intervențiile tuturor membrilor echipei;
2. să refere cazul la serviciile existente în comunitate;
3. să fie persoana de legătură între membrii echipei;
4. să fie persoana de contact pentru profesionistul care intervine într-un anumit moment, legat de problemele care pot apărea;
5. să fie persoana de contact direct, permanent pentru caz;
6. să convoace și să organizeze întâlnirile pentru discuțiile de caz;

7. să aibă în permanență o inventariere actualizată a nevoilor și resurselor existente la indivizii implicați, dar și în comunitate, pentru cazul dat;

8. să monitorizeze cazul.

Managementul de caz este impus de necesitatea optimizării activității, ceea ce nu se poate obține fără impunerea unor reguli sau principii de proiectare, administrare, conducere și control, fără o gestionare a tuturor activităților.

„Managementul poate fi definit operațional prin activitățile ce se impun, obligatorii și maniera epirică, prin activitățile în fapt, prin ceea ce asistentul social reușește să facă.

Criteriile de performanță care se așteaptă de la asistentul social ce pot fi numite în cazul abuzului sunt" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 124):

1. evaluarea inițială a cazului și stabilirea caracteristicilor cazului;
2. evaluarea factorilor de risc prezenți și elaborarea unui plan pentru asigurarea siguranței copilului;
3. evaluarea familiei din punct de vedere al riscurilor repetării abuzului;
4. identificarea necesităților psihice și fizice ale copilului;
5. acordarea ajutorului de urgență pentru copil și familie;
6. identificarea nevoilor copilului și familiei;
7. identificarea modalităților de intervenție și serviciilor ce pot interveni pentru reducerea factorilor de risc ai abuzului;
8. dezvoltarea, împreună cu familia, a planurilor de intervenție pentru reducerea efectelor abuzului și a eliminării/diminuării factorilor de risc;
9. stabilirea de acorduri cu familia pentru reducerea factorilor de risc;
10. evaluarea permanentă a situației și a evoluției intervenției;
11. hotărârea momentului închiderii cazului.

Ne confruntăm, de obicei, cu familii care sunt cunoscute de mai multe servicii. Posibilitățile pe care fiecare profesie le are pentru observație variază datorită diferitelor roluri și servicii.

O evaluare comprehensivă depinde de integrarea observațiilor disparate. Acest proces necesită înțelegerea funcțiilor și obiectivelor prin-

cipale ale diferitelor servicii, contextul legilor cu care operăm și posibilitățile și limitările pe care le oferă acestea.

„Asistenții sociali au nevoie adesea să coopereze cu alți profesioniști pentru evaluarea anumitor aspecte ale situației de îngrijire a copilului și atașamentului său față de părinți și posibilii părinți de plasament.

În familiile în care copilul este expus abuzului sexual, fizic, este necesar ca instituțiile de sănătate și cele sociale să coopereze cu poliția și sistemul legal" (Killén, 1998: 291).

Tratamentul familiilor abuzive solicită o cooperare intermediară vastă. A trata singur o familie în afara cadrului oferit de instituții este un deziderat greu realizabil.

Cooperarea cu diferiți profesioniști în cadrul protecției sociale pentru copii este foarte importantă.

„Este nevoie de o gamă largă de abordări terapeutice la care pot contribui multe grupuri profesioniste. Aceste abordări cuprind sprijin moral și ajutor din partea asistentului medical, ajutor acordat de consultantul sau supervizorul din casă, tratament în grup pentru copii și părinți, tratament individual sau familial, până la tratamente în instituție, abordări în rețea, tratament medical și plasamente în alte familii etc.

Cooperarea între servicii are o funcție importantă în faza preocupării, a evaluării și în faza tratamentului. Cooperarea va fi diferită în faze diferite ale tratamentului" (Killén, 1998: 291).

Nici un profesionist luat izolat nu-și poate asuma responsabilitatea girării unui caz de maltratare a copilului, în care există riscul frânării dezvoltării, al stopării sau al regresului și chiar al morții copilului victimă.

Fiecare membru al echipei este în același timp reprezentantul unui serviciu, astfel încât funcționarea echipei multidisciplinare implică o intervenție la nivel inter-instituțional.

„Întâlnirile echipei se planifică prin planul de intervenție care este un document al intervenției produs de echipă. Întâlnirile au rolul de completare reciprocă a informației asupra intervenției și în același timp de armonizare a acțiunilor și de concentrare a lor. Aceste întâlniri, și mai ales concluziile lor cu privire la procesul de intervenție, sunt consemnate în procese-verbale care vor rămâne în dosarul cazului, la dispoziția membrilor echipei care doresc să își verifice informațiile" (Ionescu, 1999: 154).

Este însă un risc major ca activitatea echipei, bine selecționată și pregătită, să devină abuzivă pentru copilul maltratat. Este un aspect care adesea se pierde din vedere tocmai datorită pledoariei care se face în favoarea intervenției în echipa multidisciplinară. Solicitarea copilului, de către fiecare membru al echipei, la repetarea relatării experienței traumatizante reprezintă o reiterare a abuzului și astfel sentimentele copilului sunt reactualizate. Reacțiile copilului pot fi variate. Înțelegerea lor corectă depinde de buna pregătire a intervenientului. Copilul retrăiește evenimentul care i-a atenuat, blocat sau produs un regres în dezvoltare. Așadar echipa trebuie să își organizeze în așa fel planul de intervenție încât relatarea copilului victimă să se facă față de o singură persoană membră a echipei.

„De aceea, planul de intervenție și activitatea de caz elaborate de echipa interdisciplinară trebuie să aibă în vedere câteva principii" (Ionescu, 2001, apud Miftode, 2002: 181):

Etica relației în echipă - gestionarea informațiilor este mai grea atunci când ele sunt împărtășite unui grup – lipsa discreției este o traumă pentru copilul abuzat, iar discernământul actorului social în stabilirea circumstanțelor în care el va transmite și discuta date despre cazul respectiv, reprezintă măsura profesionalismului și competenței sale face trimitere la valori morale ca dreptul la intimitate și respect al persoanelor implicate.

Confidențialitatea este o cerință expresă pentru echipa în cadrul căreia se discută cazul. Încă de la începutul intervenției familia și copilul vor fi pregătiți asupra demersului de discutare a cazului în echipă explicându-li-se scopul și avantajele acestei proceduri. Ei au nevoie să aibă încredere în membrii echipei, să se simtă liberi de a le încredința informații și preocupări și să se simtă confortabil discutând anumite subiecte. Explicarea diferitelor forme de confidențialitate (exemple: doctor/pacient, preot/enoriaș) copiilor și părinților contribuie la înțelegerea scopului intervenției.

Decizia în echipă cere ca rivalitățile și orgoliile să fie depășite, iar în activitatea lor profesioniștii sociali au mare nevoie să fie înțeleși, motivați și susținuți pentru a putea duce povara grea și plină de încercări emoționale reprezentată de situația de abuz asupra copilului.

Principiile de lucru ale echipei de intervenție, alcătuită din profesioniști cu autoritate, sunt deschiderea, acceptarea și toleranța, iar respectarea acestor principii de lucru între membrii echipei și între aceștia și beneficiari va condiționa eficiența intervenției.

Cooperarea între cele două rețele ale familiei, respectiv rețeaua primară (relațiile sociale ale familiei cu comunitatea) și rețeaua secundară (profesioniștii care intervin și serviciile specializate) prezintă o importanță deosebită, fără această cooperare nefiind asigurată eficiența intervenției în cazul abuzului asupra copilului.

Colaborarea cu comunitatea este foarte necesară în astfel de cazuri.

„Asistenții sociali care răspund de caz trebuie să cunoască bine resursele comunitare, astfel încât acestea să fie utilizate în scopul culegerii de informații și reducerii riscurilor de abuz (și neglijare) și să susțină copilul și familia" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 123).

6.3. Etapele specifice în investigarea cazurilor de abuz asupra copilului

Există patru procese cheie în munca cu copiii și familiile și fiecare dintre ele trebuie realizat ca să putem aduce îmbunătățiri în viața copiilor în dificultate. Aceste procese sunt evaluarea, planificarea, intervenția și reevaluarea. În orice stadiu ar putea fi nevoie de referințe din partea unei alte agenții sau a comunității.

„Când un copil este referit unei agenții pentru protecția copilului, începe procesul de protecție a copilului, printr-o evaluare inițială a situației copilului și a ceea ce se va întâmpla, prin luarea măsurilor urgente dacă este necesar, prin conferințe de caz unde este necesar și prin reevaluare" (IXth ISPCAN European Conference onChild Abuse and Neglect, 2003).

Copilul în dificultate este, conform legii, un copil a cărui integritate fizică și morală este pusă în pericol. Ceea ce trebuie luat în considerare atunci când se apreciază dacă un copil se află sau nu în dificultate este ce

s-ar întâmpla dacă acest copil nu ar primi servicii și care este efectul pe care accesarea serviciilor l-ar avea asupra copilului.

6.3.1. Semnalarea (sesizarea) abuzului

A semnala situația unui copil abuzat înseamnă deja a-l proteja.

„Pentru a găsi o soluție corespunzătoare în fața unei situații de risc și/ sau abuz trebuie ca aceasta să fie semnalată mai întâi serviciilor competente. În practică însă un număr semnificativ de cazuri nu sunt semnalate sau sunt semnalate prea târziu, atunci când consecințele asupra copilului sunt deja prea grave sau chiar ireversibile" (Miftode, 2002: 186).

Factorii care sunt în relație cu semnalarea:

- factorii de tip legal;
- caracteristicile profesionistului (a. formația profesională - statistic, semnalează abuzul în primul rând medicii școlari, urmați de pediatri și generaliști; b. valorile morale);
- experiențele anterioare de semnalare;
- caracteristicile victimei – se semnalează mai repede cazurile de abuz în care victime sunt copiii foarte mici;
- tipul de maltratare: abuzul fizic grav și abuzul sexual sunt cel mai frecvent semnalate;
- caracteristicile maltratării – frecvența, gravitatea, actualitatea/ neactualitatea în media;
- relația dintre persoana care maltratează și copilul respectiv;
- gradul de dependență a copilului;
- calitatea probelor și indiciilor.

Cine face sesizarea?

„Sesizarea se poate face de către orice persoană care intră în contact cu copilul și care are cunoștință de comiterea unui abuz sau de încălcarea drepturilor copilului" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002, p. 117):

- personalul medical care lucrează cu copii: medici, asistenți sociali etc.;

- profesioniști din domeniul sănătății mentale: psihologi, psihiatri, psihoterapeuți, consilieri, psihopedagogi;
- educatori, profesori;
- polițiști;
- preoți;
- specialiști din cadrul serviciilor sociale: asistenți sociali, juriști, lucrători sociali etc.
- copiii înșiși;
- O.N.G.-uri;
- alte persoane din comunitate: vecini, rude etc.

Unde se face sesizarea?

„Sesizarea se face la Serviciul Public pentru Protecția Copilului (SPSPC) – Direcția Generală Județeană pentru Protecția Drepturilor Copilului, serviciul de Autoritate Tutelară din cadrul Primăriei, Poliției sau O.N.G.-uri care au activitate în domeniul protecției copilului" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 118).

Cine preia sesizarea?

Un lucrător din cadrul instituției sesizate înregistrează sesizarea și o transmite serviciului specializat.

Cum poate fi făcută și ce trebuie să cuprindă sesizarea?

Sesizarea poate fi directă, telefonic sau în scris; persoana care face sesizarea poate cere să se păstreze confidențialitatea asupra identității sale.

Conținutul sesizării trebuie să cuprindă informații despre:

- datele de identificare ale copilului (nume, vârstă, adresă);
- date de identificare ale persoanei care se presupune că a comis abuzul (nume, adresă, vârstă);
- tipul de abuz reclamat;
- locul unde s-a produs abuzul;
- care au fost semnele care au determinat sesizarea abuzului de către reclamant etc.

Este foarte important ca informațiile să fie prezentate cât mai detaliat pentru a putea stabili forma de abuz sesizată și veridicitatea informațiilor.

6.3.2. Înregistrarea cazului

Se realizează, conform procedurii instituției la care a fost făcută sesizarea, în deplină confidențialitate și cu respectarea normelor juridice. Persoana care preia sesizarea trebuie să întrebe cine?, ce?, cum?, unde, de ce? pentru a elimina, pe cât posibil, riscul ca sesizarea să aibă la bază alte motivații decât cele de buni cetățeni și pentru a deduce gravitatea abuzului și nevoia de intervenție imediată.

6.3.3. Evaluarea inițială

Evaluarea se raportează la noțiunea de risc, la pericolul pe care-l reprezintă o situație dată pentru copil. În acest sens, scopul evaluării este aprecierea existenței vreunui pericol pentru copil și a gradului de periculozitate a factorilor care pun în pericol dezvoltarea fizică sau/și psihică sau chiar viața copilului.

„Asistentul social are, prin mandatul său profesional, menirea de a evalua dacă standardele îngrijirii unui copil corespund sau nu criteriilor „îngrijirii suficient de bune" sau, cu alte cuvinte, dacă un anumit copil se află sau nu în primejdie. Standardele îngrijirii satisfăcătoare a copilului se referă la gradul de siguranță prezentat de mediul în care trăiește copilul" (Roth-Szamosközi: 1999: 177).

Considerând calitatea îngrijirii copilului pe o axă, la polul opus siguranței se situează riscul relelor tratamente ale copilului, care se pot concretiza în periclitarea dezvoltării sale fizice, psihice sau chiar a vieții sale.

După Killén, greutățile specifice investigației protecției copiilor provin din conștientizarea importanței unui bun contact cu părinții, contact de care va depinde munca ulterioară de intervenție. Sarcina este însă dificilă și contradictorie pentru asistentul social care are ca interes prioritar bunăstarea copilului.

„Atâta timp cât copilul nu este în pericol acut, este important să încercăm să stabilim și să menținem o relație în care părinții să se simtă suficient de siguri, încât să poată vorbi despre copil, despre ei înșiși și despre situația lor. Aceasta înseamnă ca ei să se simtă în siguranță ... în perioada în care sunt investigați" (Killén, 1997, apud Roth-Szamosközi Maria: 179).

Pentru a putea interveni, cu scopul de a preveni situația de maltratare creată de părinți „destul de buni", este necesar ca părinții să fie capabili să recunoască situația de maltratare. O premisă favorabilă este, de asemenea, dorința lor de a schimba situația și schimbarea se poate realiza printr-o cooperare activă. Motivația cooperării este unul din factorii decisivi pentru îmbunătățirea îngrijirii copilului.

Investigația cere, încă de la primii pași, încercarea de a coopera cu familia, pentru ca relația astfel constituită cu ocazia primelor întâlniri să poată reprezenta o bază pentru intervenția ulterioară.

„Evaluarea inițială se referă la faza post-sesizare și are la bază două linii directoare:

- informațiile raportate să se înscrie în definiția abuzului;
- cât de urgentă este intervenția" (Organizația Salvați Copiii/ Alternative Sociale, 2002: 118).

Pentru a fi cât mai siguri de existența abuzului este necesar ca să parcurgem trei **pași esențiali:**

1. culegerea de informații suficiente pentru a se permite adoptarea unei decizii asupra copilului;
2. evaluarea informațiilor culese pentru a ne asigura că este posibil un abuz;
3. verificarea informațiilor primite pentru a avea garanția unui abuz.

„În general, investigația inițială va cuprinde:

- descrierea tipului de maltratare care constituie motivul îngrijorării pentru serviciul de protecție a copilului;
- aprecierea gradului de vulnerabilitate a copilului (în funcție de vârstă și gradul său de maturitate);
- informațiile despre persoana care presupunem că a comis abuzul împotriva copilului;

• informații despre istoria de viață a părinților și atitudinea lor actuală privind copilul" (Roth-Szamosközi, 1999: 181).

Încă din această fază asistentul social se poate confrunta cu puternice reacții emoționale ca urmare a constatării unui abuz. De aceea se recomandă ca – deja în această fază de început – asistentul social să-și pună în aplicare bunele deprinderi de intervievare: să fie un bun ascultător, să nu tragă concluzii pripite. În acest stadiu de început nu este nevoie de a confrunta părinții, ci de a menține o atitudine neutră, de nejudecare a situației, caracterizată mai mult de încercarea de a fi empatici și de a înțelege circumstanțele care au condus la supoziția relelor tratamente.

Evaluarea inițială (sau investigația) se concentrează în general asupra riscului *la care este expus copilul în mediul familial.*

„Noțiunea de secvență dinamică risc-pericol a unit factorii predisponibili și cei situaționali, nu doar în interiorul și în jurul familiei, dar și în rețeaua asistenților sociali care au influență asupra lor. Vorbim despre copiii cu risc și de asistenții sociali care își asumă riscurile în deciziile pe care le iau privind situația copiilor aflați sub supravegherea lor" (Cooper, Ball, 1993: 76).

În procesul de evaluare inițială un rol important îl au ceilalți specialiști:

• *personalul medical* care poate fi implicat în identificarea naturii și gravității abuzului și în evaluarea nevoilor medicale ale copilului și/sau familiei;

• *psihologii și psihiatrii* pot fi implicați în evaluarea oricărui presupus abuz în validarea acestor ipoteze;

• *personalul din alte servicii comunitare* de care familia sau copilul au beneficiat în trecut pot fi surse de informare și acțiune în cazuri de urgență;

• *polițiștii* pot deveni membri ai echipei de investigare și sursă de informații în cazul în care abuzatorul este în baza de date a poliției sau a avut loc sesizări anterioare cu privire la alte abuzuri.

Evaluarea unui presupus abuz asupra copilului trebuie să se desfășoare într-o manieră ordonată, structurată pentru a obține cât mai multe informații și pentru a evalua riscurile și siguranța copilului.

„Odată ce se stabilește existența unui abuz este important să se stabilească urgența intervenției, în funcție de gradul de risc în care se află

copilul și tipul de abuz la care a fost supus" (Organizația Salvați Copiii/ Alternative Sociale, 2002: 119).

Prima întrebare la care echipa multidisciplinară de intervenție trebuie să răspundă este: ce s-a petrecut și gravitatea pericolului în care se află copilul, și nu cine a comis fapta.

Prima întrebare care se pune, ca și prima măsură care se ia, au ca scop asigurarea securității copilului.

„Dacă situația prezintă un grad mare de pericol pentru viața copilului, este necesară o măsură imediată de protecție a copilului, care se poate realiza prin internare de urgență la un spital, de exemplu, ceea ce nu va da de bănuit părinților și va preveni dezvoltarea unei atitudini defensive din partea lor" (Muntean, 2001: 136).

În cazul abuzului fizic, copilul necesită de cele mai multe ori spitalizare și îngrijiri medicale corespunzătoare, ceea ce presupune scoaterea copilului din mediul familial abuziv și internarea acestuia (Acest lucru este valabil și pentru cazurile de abuz sexual sau de neglijare fizică).

În acest caz, evaluarea și investigarea situației va continua după ce s-a luat măsura de siguranță pentru copil. „Nu putem risca să lăsăm copilul să aștepte în situația abuzivă până la încheierea evaluării inițiale a situației în care se află" (Muntean, 2001: 136).

În evaluarea inițială a situației de abuz asistentul social va urmări obținerea cât mai multor informații, date, cu privire la apariția abuzului, a caracteristicilor acestuia și a contextului maltratării.

Toate aceste informații sunt obținute de la membrii familiei respective: de la copilul abuzat, de la părintele abuziv, de la ceilalți membri a familiei (frații copilului, părintele celălalt etc.), prin intervievarea acestora de către asistentul social (sau alt membru al echipei multidisciplinare).

„Toți membrii familiei trebuie intervievați individual pentru a se stabili o relație de încredere și pentru a mări acuratețea informațiilor obținute" (Wiehe, 1996, apud Miftode, 2002: 188).

De preferat este ca membrii familiei să fie intervievați în următoarea ordine: copilul identificat, frații sau alți copii din cadrul familiei, adulții care nu sunt presupuși a fi comis abuzul, persoana care este presupusă a fi maltratat copilul, familia ca întreg.

„Fiecare întâlnire trebuie planificată și trebuie să se ia în considerare următoarele aspecte: locul în care se vor desfășura interviurile, durata, frecvența interviurilor și numărul persoanelor care participă la interviu" (Miftode, 2002: 188).

Intervievarea copilului identificat

Scopul interviului inițial cu copilul este de a obține informații privind abuzul, de a evalua siguranța imediată a copilului și de a obține informații despre părinți și familie.

„Informațiile pe care un manager de caz încearcă să le obțină de la copil sunt următoarele: ce s-a întâmplat, când, unde și cine a fost prezent; starea actuală a copilului; tipul, gravitatea și cronicitatea abuzului; caracteristicile copilului; programul zilnic al copilului; identitatea altor persoane care au informații despre starea copilului și despre situația familială; persoane care locuiesc împreună cu familia; relația copilului cu frații, familia extinsă și/sau alte persoane semnificative; percepția copilului asupra relațiilor dintre membrii familiei; percepția copilului despre cum se rezolvă problemele familiale; sentimentele și relația copilului cu părinții și frații; comportamente sau sentimente neobișnuite sau nepotrivite; descrierea (observarea) vecinătății, resurse disponibile și gradul de violență" (Miftode, 2002: 189).

Intervievarea copiilor ridică următoarele probleme: vocabularul limitat al copiilor, specificul relației adult-copil și dificultatea copiilor de a înțelege situația de interviu. Din această cauză, intervievatorul va trebui să acorde o deosebită atenție construirii relației dintre el și copil, explicându-i scopul interviului, atragerea copilului pentru a-l implica în interviu, precum și sprijinirea copilului de a se simți confortabil.

Interviul cu copilul abuzat va viza, pe lângă obținerea informațiilor legate de abuz, aspecte și probleme legate de percepția copilului asupra propriei familii, precum și elemente de educație și securitate legate de situația de abuz.

Intervievarea fraților

Scopul acestor interviuri este de a evalua nivelul de vulnerabilitate al fraților, de a culege informații despre natura și gravitatea abuzului și de a obține informații suplimentare cu privire la familie – informații utile în evaluarea riscului de abuz asupra copilului identificat și a fraților săi.

„Exemple de informații pe care un manager de caz trebuie să le obțină de la frați: caracteristicile, comportamentele și sentimentele fraților; informații despre presupusul abuz; dacă au fost și ei abuzați și dacă da, cum, unde, când, pentru cât timp; alte informații despre părinți (comportamente frecvente, măsuri disciplinare, probleme) informații care nu au putut fi obținute de la copilul identificat sau confirmarea acestora" (Miftode, 2002: 195).

Intervievarea părintelui nonabuziv

În interviul cu părintele nonabuziv se urmărește aflarea informațiilor pe care acesta le știe despre presupusul abuz, culegerea informațiilor legate de riscul abuzării și determinarea capacității părintelui de a proteja copilul (copiii) dacă va fi cazul.

Astfel de informații ar putea fi: „descrierea presupusului abuz, sentimente privind abuzul și serviciile sociale; capacitatea de a proteja copilul; metode de discplinare și relația cu copilul; relația cu presupusul părinte abuziv, roluri în familie; modul de rezolvare a problemelor; istoria educațională, consumul de droguri și alcool; relațiile cu familia extinsă și climatul de vecinătate și comunitate.

Intervievarea presupusului abuzator

„Scopul acestui interviu este de evaluare a relațiilor presupusului abuzator la dezvăluirea abuzului și culegerea altor informații despre persoana sa și despre familie în legătură cu riscul și siguranța copilului" (Miftode, 2002: 195).

Exemple de informații care pot fi obținute de la presupusul abuzator: modul în care descrie ceea ce s-a întâmplat în legătură cu orice presupus abuz; reacția sa la incident și față de servciiile sociale; starea sa emoțională actuală, mai ales privind posibilitatea de a răni pe viitor copilul; relația sa

cu copilul și cu alți membri ai familiei; metode de comunicare și nivelul de afectivitate; consumul de alcool/droguri; relațiile sale în afara familiei; descrierea familiei (inclusiv situația financiară); permisiunea de a vedea copilul; disponibilitatea de a accepta ajutor.

Încheierea împreună cu părinții

După terminarea interviurilor, asistentul social trebuie să reunească familia pentru: a rezuma informațiile și impresiile obișnuite, a arăta interesul față de familie și a oferi informații despre următorii pași, inclusiv dacă vor beneficia de asistență sau dacă va fi nevoie de intervenția tribunalului, a demonstra apreciere pentru participarea la acest proces.

6.3.4. Evaluarea familiei

„Odată stabilită existența abuzului asupra copilului și luarea măsurii urgente de protecție a copilului, se trece la etapa de evaluare a familiei.

Această acțiune are drept scop identificarea cauzelor care au dus la producerea abuzului, a factorilor de risc existenți și a măsurilor imediate și pe termen lung ce pot fi adoptate în cadrul planului de intervenție" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 120).

În cazul abuzului asupra copilului se impune o evaluare detaliată a situației familiale pentru a se stabili dacă mediul familial al copilului îi poate satisface nevoile și asigura dezvoltarea sau dacă riscul la care este expus copilul în familia sa biologică este prea mare, nu poate fi îndepărtat, și îi periclitează acestuia dezvoltarea sau chiar viața.

„Abuzul asupra copilului este mai mult decât un colaps parental sau o criză de familie; el are o dinamică proprie ce presupune trecut, prezent și viitor. Foarte important este elementul «viitor», deoarece se poate întâmpla ca părinții să prezinte la un moment dat o manifestare comportamental aberantă, cu risc minim de repetare și atunci nu trebuie întreprinse acțiuni radicale de intrrerventie" (Organizația Salvați Copiii/ Alternative Sociale, 2002: 120).

Evaluarea familiei trebuie să cuprindă următoarele **elemente:**

- nivelul de trai asigurat copilului;
- dezvoltarea copilului;
- funcționarea actuală a familiei;
- semnificația istoriei familiei;
- experiențe abuzive trăite de părinți;
- ce trebuie schimbat în dinamica familiei pentru a preveni abuzul;
- care este pronosticul de schimbare;
- care sunt efectele abuzului asupra celorlalți membri ai familiei.

Factorii familiali care influențează situația copiilor sunt greu de surprins în primul rând datorită întrepătrunderii lor.

„Punctele de reper recomandate în general pentru evaluarea relațiilor copilului cu părinții lor:

- relațiile dintre părinți;
- relațiile de muncă ale părinților;
- personalitatea părinților și relațiile lor cu proprii părinți;
- rețeaua socială a familiei în care crește copilul;
- modul de asigurare a nevoilor de bază;
- îngrijirea sănătății;
- sentimentul de siguranță al copiilor (conștiința de a fi protejați);
- accesul la școală/educație;
- consumul de alcool/droguri;
- probleme comportamentale ale copilului;
- simptome posttraumatice;
- caracteristici culturale/etnice;
- caracterul de violență domestică;
- caracteristici de îngrijire a copilului;
- sănătatea psihică, echilibru emoțional;
- conflicte cu legea, cu poliția;
- elementele situației materiale ale familiei" (Roth-Szamosközi, 1999: 194).

Evaluarea familiei după modelul sistematic se bazează pe interviul sistematic cu membrii familiei și tinde în primul rând la depistarea acelor atitudini dominante care pot conduce la vătămarea copilului, iar în al

doilea rând, - ceea ce este tot atât de important – la evaluarea resurselor energetice, emoționale, de suport intern sau extern ale familiei.

Competențele familiei sunt evaluate, din punct de vedere sistemic, și în funcție de modul în care familia funcționează în prezent raportat la evoluția sa anterioară. Genograma și harta eco sunt două tehnici ce pot oferi informații în acest sens.

„Genograma sau arborele familial descrie tipurile de relații și evenimentele care s-au desfășurat de-a lungul generațiilor. Nașterea, decesele, divorțurile, crizele și alte evenimente semnificative din viață pot fi înregistrate pe scurt. O prezentare de caz poate fi condensată în câteva pagini" (Coulshead, 1993: 123). Genograma se completează de către asistentul social împreună cu familia și ajută la dezvăluirea regulilor nescrise ale familiei, secretelor. Citirea unei genograme pe mai multe generații poate conduce la sesizarea anumitor evenimente care se repetă în familia respectivă cu o anumită frecvență (abuzul fizic, divorțul).

„Ecomapa reprezintă un instrument cu ajutorul căruia asistentul social precizează grafic locul individului și al familiei în context social evidențiind natura relațiilor existente, intensitatea conflictelor; ca și genograma, ecomapa se realizează cu ajutorul unor coduri și simboluri care exprimă o gamă variată de raporturi inter-individuale și sociale ale subiecților analizați" (Spânu, 1998: 162).

Pentru realizarea genogramelor și ecomapelor asistentul social trebuie să stabilească raporturi autentice de comunicare cu membrii familiei, ceea ce conduce la diminuarea treptată a semnificațiilor miturilor și tabuurilor aduse de generațiile trecute care pot crea obstacole în rezolvarea problemelor. Observația, ca și ascultarea activă sunt metode prin care asistentul social contribuie la sprijinirea familiei realizând o proiectarea grafică a relațiilor din interiorul familiei, sau a raporturilor familiei ca sistem cu alte sisteme, coordonând astfel procesul de schimbare în cadrul familiei.

Pentru formarea unei imagini mai clare asupra mediului familial se mai pot utiliza de către profesioniștii din echipa interdisciplinară, teste și scale ca de exemplu Inventarul de simptome indicatoare a abuzului, Scara

coeficientului de stres parental, Inventarul de simptome indicatoare ale traumei la copii, Scara pentru depistarea abuzului și traumei.

Toate aceste informații vor fi folosite în identificarea problemelor, a factorilor de risc și în elaborarea planului de intervenție. Asistentul social va stabili, de comun acord cu familia, scopurile și sarcinile determinate de planul de intervenție.

„Conștientizarea abuzului de către membrii familiei și uneori chiar de către abuzator, face ca sarcina asistentului social și a echipei de intervenție să fie mai ușoară pentru că actorii principali vor fi motivați pentru schimbare. De asemenea, asumarea rolurilor stabilite în cadrul negocierilor de elaborare a planului de intervenție, va fi făcută în mod conștient și responsabil" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 120).

6.3.5. Planificarea intervenției

După evaluarea familiei următoarea etapă este cea de stabilire a planului de intervenție, care are la bază informațiile culese de asistentul social. În cadrul planificării intervenției se stabilesc obiectivele ce trebuie atinse, prioritățile, ce tip de intervenție va fi folosit, care vor fi specialiștii implicați etc.

„Planul de intervenție se întocmește pe baza unei evaluări complete a tuturor factorilor implicați, a nevoilor și resurselor existente. Planul ca concerta toate eforturile, într-o logică țintită pentru reabilitarea copilului și schimbarea mediului de viață maltratant în unul favorabil creșterii și educării copilului" (Ionescu, 1999: 144).

Instrumentarea cazului reprezintă mecanismul pentru protecția copilului, reducerea riscurilor și tratarea efectelor abuzului asupra copilului.

„Obiectivele planificării sunt:

- identificarea, împreună cu familia, a strategiilor care vor ameliora efectele abuzului;
- furnizarea unui ghid clar și specific de intervenție pentru schimbarea condițiilor care au dus la producerea abuzului;
- stabilirea unor indicatoare de evaluare a progresului clientului pentru a măsura eficacitatea intervenției;

• asigurarea unui cadru de lucru pentru punerea în practică a deciziilor" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 121).

Planul de intervenție se construiește pentru cele trei niveluri ale intervenției:

1. nivelul inter-instuțional și multidisciplinar: la nivelul instituțiilor implicate, planul va preciza responsabilitățile în fiecare din pașii constituenți ai planului general de intervenție;

2. nivelul rețelei sociale: la nivelul rețelelor sociale, planul va identifica și acorda responsabilitățile corespunzătoare unor persoane din mediul de viață al copilului. Intervențiile la nivelul rețelei sociale vor beneficia de o evaluare continuă realizată prin supervizarea și înregistrarea rezultatelor de către un specialist, membru al echipei de intervenție;

3. nivelul individual, care presupune procese educaționale, terapeutice și de consiliere, concentrate pe unitatea de intervenție (părinte, copil, interacțiunea părinte-copil, familia).

„Planul de intervenție, bazat pe evaluarea situației, va fixa tipul de intervenție cel mai nimerit pentru fiecare actor implicat în maltratarea copilului" (Ionescu, 1999: 145).

Obiectivele planului de intervenție vor fi discutate și cu beneficiarii: copilul și familia.

6.3.6. Intervenția

Intervenția în cazul abuzului asupra copilului este una sistemică, copilul fiind parte a sistemului familial, accentul punându-se pe modificarea relațiilor copilului cu ceilalți membri ai sistemului.

„Intervenția se centrează pe următoarele două direcții: juridic (stabilirea unei măsuri de protecție a copilului și stabilirea unei măsuri corective pentru abuzator) și recuperator (centrată pe copil, pe abuzator, pe familie)" (Miftode, 2002: 198). Rezultatul optim în cazul copiilor supuși relelor tratamente de către proprii părinți ar fi ca, după intervenția în familie, aceasta să rămână intactă și copilul să poată trăi în siguranță, cu un bun suport emoțional, în cadrul propriei familii. Aceasta depinde însă de o serie de factori care privesc:

- *părintele abuzator* (gravitatea abuzului comis, măsura în care părintele acceptă responsabilitatea faptelor comise, numărul și severitatea celorlalte eventuale probleme ale sale – alcoolism, comportament violent, boală psihică, deficiență mintală);
- *părintele care nu a comis abuzul* (modul de reacție în urma descoperirii comiterii abuzului asupra copilului, calitatea relației sale cu victima, dependența sa de persoana care a comis abuzul, numărul și severitatea celorlalte eventuale probleme ale sale – alcoolism, comportament violent, boală psihică, deficiență mentală).

„Deoarece intervențiile cu părinții nu conduc obligatoriu la normalizarea situației în care se află copilul victimă, iar acesta continuă să întâmpine riscul de a fi maltratat de către părinții săi, în intervențiile cu părinții este necesară o evaluare inițială și permanentă a șanselor de reușită" (Ionescu., 1999: 157). Acest lucru se impune din două motive:

- există familii care nu pot fi schimbate și intervenția va fi fără succes și epuizantă pentru intervenient;
- copilul crește, se dezvoltă, se schimbă în raport cu vârsta și nu așteaptă până când intervenția are succes.

Din aceste motive trebuie acționat de urgență în interesul copilului. Uneori, în intervențiile în situații de maltratare a copilului există tendința de a neglija părintele abuziv și de a concentra intervenția pe copil fără a lua în atenție agresorul (părintele). Ambele atitudini sunt cu atât mai dăunătoare în intervenție cu cât sunt mai rigide și împărtășite de toți membrii echipei de intervenție.

Familia reprezintă mediul natural de viață al copilului, iar acesta are nevoie de familie. Dacă intervenția se face pentru interesul suprem al copilului, atunci familia copilului trebuie să redevină funcțională și aptă de a primi și crește copilul. Lucrul cu părinții copiilor devine o verigă obligatorie a intervențiilor pentru rezolvarea situațiilor de abuz a copilului. Ceea ce poate diferi de la un caz la altul, în legătură cu familia, sunt modalitățile de intervenție.

Părinții au și ei nevoie de o experiență emoțională pozitivă, să simtă că există o preocupare pentru ei ca ființe umane, că sunt apărați. Dacă scopul intervenției este modificarea atitudinii parentale și a practicilor de creștere

a copiilor, acestea pot fi mediate de personal paramedical: asistent social, voluntar, educatorul de la grădiniță sau personalul din centre specializate.

„În anumite condiții intervenția poate apărea beneficiarilor ca fiind punitivă. Acest sentiment de vină și de pedeapsă pentru cele petrecute îl trăiesc familiile atunci când intervențiile sunt intruzive și în consecință distructive.

Plasarea imediată a copilului înafara familiei, în instituții de protecție, practică frecventă în România, absența unui dialog necesar, dă familiei sentimentul de culpă și pedeapsă. Atât copilul cât și familia își vor pierde încrederea că pot fi ajutați și că situația poate fi corectată. Intervențiile punitive nu rezolvă nimic ci, dimpotrivă, se adaugă compunându-se vectorial cu abuzul trăit de copil" (Ionescu., 1999: 158).

Părinții pot manifesta deseori reacții defensive, care împiedică comunicarea sinceră și reparatorie. Abilitățile intervenientului de a depăși aceste reacții se bazează pe înțelegere și toleranță. Empatia are rolul de a dezvălui baza unor reacții mai greu de descifrat.

În comunicarea cu părinții abuzivi intervenientul își oferă sprijinul și disponibilitatea.

Cel mai important lucru de care membrii echipei de intervenție trebuie să țină cont în decizia finală pe care o adoptă în cadrul intervenției este gradul de risc care amenință copilul în mediul familial și factorii care predispun la abuz, dar și cei care pot scădea riscul vătămării copilului.

„Rolul asistentului social este de a decide asupra nivelului de risc (grav, mediu, scăzut), care amenință copilul. Decizia nu se va putea lua numai pe seama factorilor care evaluează primejdia, respectiv comportamentul persoanei care poate pune copilul în pericol. Analiza va trebui să raporteze reciproc acțiunea factorilor cu tendință de a crește riscul vătămătii. Un astfel de exemplu este modelul propus de Walker pentru evaluarea riscului de abuz fizic" (Roth-Szamosközi, 1999: 206).

Caracteristici ale făptuitorului	Caracteristici ale celui care nu comite abuz	Caracteristici ale copilului	Context social	Context situațional	Rezultantă
Risc crescut: sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz, alături de lipsa unor persoane de susținere	Risc crescut: sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz, alături de lipsa unor persoane de susținere	Risc crescut: sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz, alături de lipsa unor persoane de susținere	Risc crescut: se constată prezența a multor factori de risc serios	Risc crescut: nivel ridicat de stres situațional	Abuz
Risc minor: sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz	Risc minor: sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz	Risc minor: sunt prezenți numeroși factori de personalitate predispozanți la abuz	Risc minor: se constată prezența a multor factori de risc	Condiții de stres situațional moderat	
Risc scăzut: personalitate adaptată, fără factori predispozanți la abuz	Risc scăzut: personalitate adaptată, fără factori predispozanți la abuz	Risc scăzut: personalitate adaptată, fără factori predispozanți la abuz	Risc scăzut: se constată prezența unor factori de risc	Condiții de stres situațional scăzut	Lipsa abuzului

Tabel. 6.3.6.1. Model de evaluare a abuzului fizic, după Walker, 1988.

Modelele constituite în sprijinul asistenților sociali ajută la elaborarea unui plan mental, pe baza căruia se pot raporta reciproc factorii predispozanți și compensatori la riscul de abuz.

Pe baza tututor categoriilor de factori obiectivi și subiectivi enumerați, în privința evaluării necesității de intervenție se pot diferenția trei tipuri:

1. cazuri de risc major – care se pretează la ocrotirea copilului de către autorități;
2. cazuri de risc minor – care provoacă o atitudine de îngrijorare din partea autorităților, concretizată în încercări de îmbunătățire a situației copilului și de înlăturare a pericolului;
3. cazurile lipsite de risc.

În cazurile intervenției, utilizându-se metoda rezolvării de probleme și a centrării pe sarcină, se vor fixa problemele, se vor avea în vedere resursele, se vor planifica țelurile și modalitatea de a le obține.

Acest tip de planificare a intervenției se va relua în cazul fiecăruia din componentele sistemului luat în calcul: persoana abuzatorului, persoana care nu comite abuzuri, copilul victimă însuși, contextul social și situația stresantă care poate declanșa abuzul.

Pe baza analizei familiilor se pot desprinde următoarele tipuri de decizii (Coulborn, 1993, apud Roth-Szamosközi, 1999: 209):

Tipul 1

În cazul obținerii unor informații pozitive privind atât cel care a comis abuzuri, cât și membrul familiei care oferă suport, se vor aplica etapele terapiei de familie, în scopul reunificării ei. Se vor fixa următoarele obiective:

reducerea la minimum a riscului repetării abuzului de către făptuitor, prin îndepărtarea acestuia de copil și acordarea unei terapii individuale;

- terapie individuală pentru copilul abuzat;
- terapie individuală pentru părintele care oferă suport copilului;
- terapia cuplului persoana făptuitoare-persoana care oferă suport;
- reunirea familiei și continuarea terapiei familiale.

Tipul 2

În cazul obținerii unor informații negative privind abuzatorul și de informații pozitive privind membrul de familie care oferă suport, se vor iniția măsuri care să conducă la îndepărtarea făptuitorului de familie, urmată de:

- terapie individuală pentru copil;
- terapie individuală cu părintele care oferă copilului suport;
- terapie individuală cu părintele făptuitor.

Tipul 3

În cazul obținerii unor informații negative privind membrul de familie care ar trebui să ofere suport (o stare acută de depresie) și informații

pozitive privind făptuitorul, se recomandă plasarea temporară a copilului pentru îngrijire (într-o familie/instituție). Se vor lua următoarele măsuri care să grăbească revenirea copilului în familia proprie:

- terapie individuală pentru copil, oferindu-i suport pentru trauma suferită și pentru separarea de părinți;
- terapie individuală pentru ambii părinți: reabilitarea părintelui care nu a comis abuzuri va permite revenirea copilului în familia proprie și reevaluarea situației;
- terapia cuplului;
- terapia familiei;
- reunificarea graduală a familiei.

Tipul 4

În cazul obținerii unor informații negative din partea ambilor părinți, se recomandă plasarea pe termen lung, sau chiar permanentă a copilului în îngrijire (într-o familie/instituție). Se vor lua următoarele măsuri:

- decăderea din drepturi părintești;
- terapia individuală a copilului;
- terapie pentru părinți-substitut.

„Măsura de intervenție cea mai des folosită constă în scoaterea copilului din mediul abuziv și plasarea temporară a acestuia în afara familiei. Măsura este uneori traumatizantă pentru copil, acesta trăind dilema celui abuzat, dar și a celui îndepărtat din familie" (Miftode, 2002: 201).

Aceste măsuri de protecție a copilului se iau în temeiul O.U.G. 26/1997 de către Comisia pentru Protecția Copilului la propunerea Direcției pentru Protecția Copilului, în cazul în care rămânerea acestuia în mediul familial este contraindicată. Aceste măsuri sunt (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 145):

- plasament în regim de urgență;
- plasamentul copilului la o familie sau persoane din familia lărgită;
- plasamentul copilului într-o familie asistată;
- plasamentul copilului la serviciul public specializat sau la un organism privat autorizat;

- încredințarea copilului unei persoane, familii sau organism privat autorizat;
- încredințarea provizorie a copilului către serviciul public specializat;
- încredințarea copilului, în vederea adopției, în ultimă instanță.

Pentru eficiența intervenției în situații de maltratare a copilului și mai ales pentru prevenirea unor noi abuzuri, este absolut necesară și o acțiune la nivelul mediului, comunității, a serviciilor specializate, deoarece fără o schimbare a mentalității sociale vizavi de fenomenul abuzului asupra copilului, eficiența intervenției pe termen lung este pusă sub semnul întrebării.

Se impune, din acest punct de vedere, acordarea unei atenții deosebite abordării părinților prin rețeaua socială din jurul lor, și prin grupurile de sprijin (pentru victime, familii și agresori); prin supervizarea continuă a acestor alternative în intervenție de către reprezentanții servciilor sociale, acestea se dovedesc eficiente și reduc considerabil riscul apariției de noi abuzuri asupra copiilor, o mare parte din specificul acestor intervenții fiind educativ.

De asemenea, de o reală importanță în abordarea situațiilor de abuz sunt campaniile de sensibilizare la nivelul comunitar și politic care influențează contextul socio-cultural al intervențiilor.

„Funcționarea rețelelor este condiționată de nivelul de educație a comunității. Educația determină sensibilitatea și disponibilitatea oamenilor de a ajuta. S-a dovedit că largile campanii de sensibilizare a comunității au ca efect o reducere semnificativă a cazurilor, în special a abuzului și neglijării fizice" (Miftode, 2002: 201).

6.3.7. Evaluarea finală

Varietatea tipurilor de intervenție utilizate în protecția copilului implică raportarea rezultatelor la criterii foarte diferite, adoptate caracteristicilor clientului și specificului muncii.

„Evaluarea finală a efectelor obținute se face prin raportarea așteptărilor (incluse în obiective) la rezultatele reale, concrete (schimbările

reușite, drumul parcurs, parțial sau total, eventualele reajustări ale demersului și scopului" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 122).

Se urmărește siguranța copilului, reducerea riscurilor de abuz, participarea beneficiarilor, atingerea obiectivelor intermediare și finale.

Această etapă trebuie să implice familia în conștientizarea și determinarea comportamentelor observabile modificate în urma intervenției. Ea se face prin întâlniri periodice de grup, atât cu echipa, cât și cu familia.

Evaluarea este un proces complex, menit să contribuie la îmbunătățirea practicii. „Pentru ca evaluarea să poată fi considerată eficientă, ea trebuie planificată de la începutul intervenției. deci, proiectul unei intervenții va trebui să cuprindă indicatorii evaluării, indicatori măsurabili care să indice schimbarea" (Miftode, 2002: 204).

De exemplu, în evaluarea eficienței plasamentului unui copil abuzat ținem seama de următoarele: s-a respectat durata stabilită inițial, în familia naturală, s-au eliminat/minimalizat cauzele care au condus la măsurarea plasării copilului în afara familiei, s-au atins obiectivele de intervenție în favoarea copilului – evaluate la niveluri diferite: sănătate, educație, relații interpersonale, dezvoltare emoțională, creșterea stimei de sine, reducerea nivelului de stres etc.

Hill et al. (1996) și alții consideră că, în general, în procesul de evaluare a rezultatelor muncii sociale, dar în special atunci când intervenția vizează copiii, trebuie luată în considerare și opinia persoanei pe care s-a cercetat intervenția (a clientului).

„De asemenea, se vor lua în considerare evaluările din partea participanților implicați în procesul asistării, ca de exemplu cele ale cadrelor didactice, bunicilor, ale celorlalte rude, ale medicilor etc." (Roth-Szamosközi, 1999: 215).

Evaluarea rezultatelor nu înseamnă întotdeauna sfârșitul intervenției ci o fază pentru o posibilă reconsiderare a activității, pentru un nou început, mai ales dacă problema nu a fost definitiv rezolvată.

6.3.8. Închiderea cazului

Se consideră cazul închis atunci când factorii de risc care au dus la abuz s-au redus sau au încetat să mai existe și familia este capabilă să răspundă nevoilor copilului fără ajutorul serviciilor sociale.

„Uneori cazurile se închid datorită rezistenței familiei la procesul de intervenție iar alteori prin preluarea copilului de instituțiile de protecție socială" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 123).

6.4. Obiective și dileme în protecția copilului și prevenirea abuzului

Dacă luăm în considerare frecvența mare a cazurilor de abuz a copiilor în comunitățile noastre, banalitatea și simplitatea unor cazuri dublate de consecințele dramatice la care conduc intervențiile făcute cu autoritate și lipsă de înțelegere, nevoia creării unor servicii pentru familie și copil se impune cu stringență.

„Crearea oricărui serviciu de specialitate trebuie să înceapă cu formarea specialiștilor și cu asigurarea unei supervizări a intervenienților.

Pentru că suntem la început de drum, inspirându-ne din experiența acumulată în alte țări, putem evita eșecurile inerente învățării prin încercare și eroare. Realitatea noastră socio-economică nu permite copierea unor servicii, proiecte, intervenții din alte culturi, dar informația corectă asupra dezvoltării lucrurilor în alte părți ale lumii ne poate inspira și orienta propriul drum" (Ionescu, 1999: 161).

Educarea comunității ar facilita crearea rețelelor în jurul familiilor și, de asemenea, ar reduce incidența abuzurilor în cazul părinților care sunt derutați de sarcina de a disciplina copilul și incapabili să imagineze singuri soluții în situațiile provocatoare create de un copil mai dificil.

Trebuie să dezvoltăm o implicare comunitară largă. Sunt necesare acțiuni educative care să dezvolte sentimentul responsabilității și al implicării în ceea ce se întâmplă copiilor și familiilor din vecinătatea noastră.

Această atitudine poate fi garanția funcționării serviciilor, a creării de noi servicii de calitate și chiar a dezvoltării legislației.

Mentalitatea comunității cu privire la fenomen devine esențială în momentul inițierii unor servicii de specialitate.

Există deja experiențe care se constituie ca argumente ale afirmației. Astfel, au fost înființate linii telefonice de urgență pentru semnalarea cazurilor de maltratare. Deoarece comunitățile din România au încă au un mare grad de toleranță față de violență și o sensibilitate foarte scăzută față de gravitatea consecințelor maltratării copilului, apelurile telefonice sunt însă rare. În plus, mentalitatea este puternic impregnată de ideea vieții private a familiei: «Rufele murdare se spală în familie».

„În sensibilizarea opiniei publice, sunt absolut indispensabile stabilirea următoarelor etape: percepția și recunoașterea fenomenului, detectarea și monitorizarea acestuia, urmând apoi soluționarea printr-o terapie complexă, mai ales în cadrul unei prevenții primare eficiente. În procesul de detectare și recunoaștere, un rol important revine mass-mediei. Prin intervenția unor profesioniști, dar și prin specializarea unor ziariști, se impun campanii de educare a publicului în problemele copilului" (Sursa: http:// www.cmsc.ro/abuzcopii.html, consultat pe 11.10.2001). Majoritatea părinților nu știu cum să-și educe copiii – fie îi neglijează, fie îi supraprotejează și numai arareori îi maturizează, printr-o sensibilitate cu sarcini, pe măsura lor, recompensate, ulterior, cu aprecieri care le construiesc încrederea în sine, și de aceea, ei nu pot fi culpabilizați pentru lucruri pe care nu le cunosc.

De aici, apare nevoia imperativă a unor programe de educație parentală. În plus părinții trebuie înțeleși, întrucât și ei poartă povara propriilor experiențe negative din copilărie, de care nu s-au eliberat.

Mass-media reprezintă, în același timp, veriga centrală în relația dintre O.N.G.-uri și instituțiile guvernamentale. O.N.G.-urile fiind, de regulă, ca inițiative, cu un pas înaintea politicii autorităților, ar trebui sprijinite de acestea, și nu obstrucționate. Necesitatea modificării mentalităților noastre poate avea loc printr-un program național de educație și formare, centrat pe copil și pro-copil.

Modificarea legislației în domeniul protecției copilului este de asemenea un obiectiv important avut în vedere de autoritățile și specialiștii

în domeniu. O legislație adecvată vizavi de abuzul asupra copilului ar facilita considerabil munca de intervenție a profesioniștilor în aceste cazuri.

În prezent, legislația română nu operează cu termenii juridici de abuz și neglijare la copil. În art. 109, Cod penal, apar mențiuni vagi despre „relele tratamente aplicate minorului". În ceea ce privește agresorul, la sancțiunile prin detenție, legislația română nu oferă alternativa unor re-educări prin tratament psihoterapeutic a acestuia, a recuperării lui psiho-afective, cum se întâmplă în Occident.

„Forțarea cadrului juridic nu se poate realiza decât printr-o presiune asupra politicienilor, parlamentarilor, prin spargerea „conspirației" tăcerii la nivel național și prin formarea unui curent de opinie ferm de condamnare a abuzurilor. Acest deziderat a devenit, însă, realitate abia după 1990, când România a aderat și a ratificat mai multe convenții și tratate internaționale în materie de protecția copilului, și pe baza acestora, a elaborat și adoptat o legislație modernă, compatibilă cu cea europeană, care vizează respectarea drepturilor copilului, însă, din nefericire, nu este suficient mediatizată și cunoscută, mai ales în rândul populației" (Sursa: http://www.cmsc.ro/abuzcopii.html, consultat pe 11.10.2001).

Prevenirea abuzului asupra copilului este un demers etic și prioritar în domeniul protecției copilului și o acțiune imperios necesară a serviciilor sale.

„Există în general trei tipuri de prevenire pe care asistentul social poate să le aplice:

- Primară, care se adresează unui segment de populație. Exemplu: programe cu elevii pentru combaterea abuzului;
- Secundară. care se practică în mediile disfuncționale și cu situații de risc sporit;
- Terțiară, care se adresează mediilor în care abuzul deja există și al cărei scop este să reducă recidiva și factorii de risc" (Organizația Salvați Copiii/Alternative Sociale, 2002: 128).

Activităţi de prevenire în domeniul medical	Acţiuni în comunitate	Acţiuni în şcoală	Activităţi de prevenire Desfăşurate de servicii publice şi O.N.G.-uri	Acţiuni în familie
Vizite la domiciliul noilor născuţi	Grupuri de ajutorare şi autoajutorare	Educaţie pentru copii care să-i înveţe cum să se protejeze	Educaţia părinţilor	Suport pentru familii aflate în criză
Programe de suport pentru copiii cu nevoi speciale	Programe de prevenire a sărăciei	Politici care să elimine pedepsele fizice	Programe de ajutorare a părinţilor	Monitorizare pentru familiile cu risc crescut
Consiliere pre şi post natală	Campanii media	Programe pentru copii cu nevoi speciale	Servicii de intervenţie în criză	Programe de educaţie şi ajutorare pentru familiile cu risc crescut
	Susţinerea reţelelor naturale de sprijin	Educaţie pentru viaţa de familie	Tratament pentru copilul abuzat	Consiliere
	Educaţie pentru părinţi	Programe integrate în curriculum şcolar cu privire la abuz	Acţiuni de prevenţie multidisciplinare	

Obiectivele principale în prevenirea maltratării copilului ar putea fi grupate astfel (Palicari, 2001):

- Reperarea situațiilor de risc.

Informarea/formarea copiilor ca:

- Să știe să spună NU!
- Să solicite ajutor;
- Să-și cunoască drepturile;
- Să capete stima de sine;
- Să știe la cine să apeleze în caz de nevoie.
- Formarea adulților și crearea cadrului legislativ adecvat.
- Cooperarea cu părinții și copilul în vederea stabilirii alternativelor.

- Elaborarea unui cod de „bune practici" în acord cu deontologia profesională.
- Crearea unui cadru operațional de semnalare a oricărei forme de abuz sau neglijare și a unui sistem de intervenție eficient.
- Luarea în îngrijire, în echipă multidisciplinară a tuturor cazurilor cu risc, a copiilor maltratați și a familiilor acestora.
- Pateneriat cu presa și dezvoltarea rețelelor de sprijin.
- Pregătirea profesioniștilor pentru prevenirea maltratării copiilor în familii.

„Schimbarea mentalității față de problema abuzului și neglijării se poate realiza numai printr-o educare și informare susținută a actorilor sociali cu privire la dimensiunile și consecințele psihologice, medicale și sociale ale fenomenului. De aceea, se impun elaborarea și derularea de programe, metodologii și servicii pentru prevenirea și intervenția în cazurile de abuz și neglijare."(Revista de Asistență Socială, nr. 1/2003, București).

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cap. VII - Studii de caz

Studiu de caz nr. 1

Prezentarea problemei

Copilul M.T., născut la 30.04.1993 în Iași, locuiește împreună cu tatăl și cu bunicii paterni într-o casă dintr-un cartier ieșean. Părinții băiețelului au divorțat în 1997, iar copilul a fost încredințat prin hotărâre judecătorească tatălui (deoarece, la acea dată, mama minorului nu avea o locuință proprie).

Tatăl are un comportament abuziv față de copil și de cele mai multe ori îl tratează ca pe un mic „animăluț", desconsiderându-l și interzicându-i o mulțime de lucruri (de altfel normale pentru vârsta copilului), de multe ori amenințându-l cu bătaia sau încuindu-l în casă.

Tatăl minorului are această conduită față de copil de când este adeptul cultului religios „Oastea Domnului". Bunicii paterni ai copilului au putere limitată în ceea ce privește reglarea comportamentului tatălui față de copilul lui; părerile lor nu sunt luate în considerare de către tată, acesta spunând că el este cel care știe cel mai bine cum să își crească și să-și educe copilul.

Minorului M.,T. nu i s-a permis să păstreze relația cu mama sa după divorț, tatăl interzicându-i cu desăvârșire să o vadă. Cu toate acestea, mama copilului îl vizitează pe acesta în casa bunicilor când tatăl este la serviciu, dar fără a intra în casă (la geam sau în spatele ușii: minorul este

de multe ori încuiat în casă, până vine tată de la serviciu). Mama copilului (în prezent recăsătorită) dorește să-l ia pe copil, dar tatăl se împotrivește, neconsiderând-o „în stare să crească un copil".

Bunicii paterni dezaprobă regimul abuziv și teroarea psihică în care este nevoit să trăiască nepotelul lor, care de altfel este un copil cuminte și bun la învățătură, dar nu se pot împotrivi voinței tatălui, care este în general agresiv, recalcitrant și nu suportă să fie contrazis sau să primească sfaturi.

Nemaiputând să suporte regimul abuziv al tatălui, copilul M., T. a fugit de la domiciliu în luna mai a anului 2002, fiind găsit pe stradă, plângând la porțile oamenilor, de doamna V.,A., care a sesizat Direcția de Asistență Socială Iași pentru a găsi o formă de ocrotire pentru minorul în cauză.

Sesizarea cazului

1. Date de identificare ale persoanei care a sesizat abuzul: V.,A. asistent maternal;

2. Date de identificare ale copilului: M.,T. (9 ani), județul Iași;

3. Date de identificare ale presupusului abuzator: M.,G. (49 ani), tatăl copilului;

4. Tipul de abuz reclamat: abuz fizic și neglijare;

5. Instituția la care a fost sesizat cazul: Direcția de Asistență Socială Iași.

Cazul copilului M., T. a fost sesizat Direcției de Asistență Socială Iași de către doamna V., A. (asistent maternal). Aceasta l-a găsit într-o dimineață pe copil plângând în stradă. Copilul era îmbrăcat sumar și părea dezamăgit. Întrebat de V.,A. de ce plânge, copilul a răspuns că tatăl său l-a bătut și l-a izgonit de acasă, și că nu are unde sta.

Doamna V.,A. a telefonat la Direcția de Asistență Socială la 983 și a informat personalul Direcției că a găsit pe stradă un copil care plânge și susține că a fost bătut și alungat de acasă.

Un asistent social al Direcției de Asisiență Socială s-a deplasat la domiciliul doamnei V.,A. pentru a afla mai multe informații și pentru a vedea minorul în cauză.

Astfel, s-a constatat că minorul se numește M.,T., este elev în clasa a II-a și locuiește cu tatăl și cu bunicii paterni. Doamna V.,A. a declarat asistentului social că M.,T. a afirmat că tatăl său (M.,G., în vârstă de 37 de ani) îl pedepsește foarte des, îl ceartă, îl încuie în casă, iar cu o seară în urmă l-a alungat de acasă pe motiv că este neascultător. Copilul nu mai dorește să se întoarcă acasă deoarece îi este frică de tatăl său. Minorul în cauză a fost adăpostit la Centrul de Primire în Regim de Urgență prin decizie de urgență, până la evaluarea situației sale.

Înregistrarea cazului

Cazul copilului M.,T. a fost preluat de Direcția de Asistență Socială Iași, Biroul Protecția Copilului Abuzat, urmând a fi investigat, evaluată situația copilului și a familiei și în final adoptarea unei măsuri care să garanteze siguranța și protecția copilului minor.

Evaluarea inițială

Intervievarea membrilor familiei minorului abuzat

Evaluarea inițială a situației copilului M.,T. a vizat strângerea cât mai multor informații cu privire la starea actuală a copilului, ce s-a întâmplat în cadrul familiei, tipul, gravitatea și cronicitatea abuzului suferit, persoanele care locuiesc cu familia și rolul lor, resurse disponibile, relația copilului cu părinții, persoana abuzatorului, riscul repetării abuzului etc.

Pentru obținerea acestor informații aistentul social a intervievat toți membrii familiei copilului M.,T., primul cu care s-a discutat despre situația respectivă fiind copilul.

Din discuțiile purtate cu copilul și din cele declarate de acesta, s-au constatat următoarele lucruri:

- tatăl îl pedepsește de câte ori dorește să se joace cu alți copii (vecini, colegi); îl lovește, îl amenință, îl ceartă;
- îi este interzis să se joace cu ceilalți copii de seama lui întrucât tatăl îi afirmă că aceștia îi doresc răul și că provin din medii sociale cu abateri comportamentale;

- copilul nu este alimentat corespunzător (îi este interzis consumul de carne întrucât este considerată a fi toxică), pentru a respecta canoanele impuse de cultul „Oastea domnului";
- i se impune să citească doar cărți bisericești, fără a avea acces la literatura specifică vârstei;
- este sechestrat în imobil (la domiciliu s-au constatat lacăte la ușa de la intrare, la șifonier, la frigider, la ferestre) fără a i se permite să comunice nici măcar cu bunicii paterni care au același domiciliu;
- nu i se permite să vizioneze sau să audieze programe la televizor sau la radio (emisiuni pentru copii, desene animate, filme pentru copii).

Inițial, copilul a declarat asistentului social că este deseori bătut de tatăl său și izgonit din casă pe fondul consumului de alcool, și că de multe ori a dormit în pădure fără ca tatăl său să se intereseze unde este.

Ulterior, s-a descoperit că tatăl nu consumă alcool, deoarece religia a cărui adept este interzice acest lucru.

Motivul pentru care copilul a mințit la început a fost o formă de a atrage atenția asupra sa, de a determina pe cineva să îl ajute, dar și pentru a-i găsi tatălui său mai multe defecte, care să accentueze imaginea de părinte abuziv.

De asemenea, copilul M.,T. a declarat asistentului social că mama lui este moartă, ulterior descoperindu-se că aceasta trăiește, dar este divorțată de tatăl copilului, și îl vizitează pe copil, dar fără știrea tatălui și mereu doar la fereastră (printre gratii) sau comunicând pe după ușă. Tatăl copilului nu o lasă pe mamă să se apropie de copil și nici să o viziteze. Din cele relatate de copil, rezultă că acesta este foarte atașat de mamă și a mințit în legătură cu mama deoarece dorește să o protejeze de furia tatălui său (copilul nu vrea să știe că el se vede cu mama lui deoarece tatăl l-ar pedepsi aspru, pe el și pe mama sa, întrucât crede că aceasta din urmă l-ar influența negativ și nu îl poate educa corespunzător).

Minorul M.,T. a afirmat de asemenea că tatăl său este din ce în ce mai rău cu el, îl ceartă foarte des, îl amenință, îi critică orice comportament, nu îl lasă cu copiii de vârsta lui la joacă și rareori se interesează de situația lui școlară. Copilul i-a mai spus asistentului social că în ultima vreme tatăl îl bătea, spunându-i că este pedepsit pentru diverse lucruri. Uneori,

tatăl îl lovea după ce încuia ușa, astfel că bunicii paterni nu puteau interveni.

—Astfel, ceea ce la începutul evaluării situației copilului și chiar de la sesizarea cazului acestuia specialiștii au considerat a fi abuz psihic și neglijare, s-a dovedit în cele din urmă abuz fizic asupra copilului, acesta fiind pedepsit în mod regulat cu bătaia de către tată, sub motivația impunerii disciplinei și respectului copilului, tatăl considerând pedeapsa fizică asupra minorului ca fiind „legitimă".

Cele afirmate de copilul M.,T. s-au confirmat în urma anchetei la domiciliu și în urma discuțiilor purtate cu bunicii paterni ai copilului (care au același domiciliu), respectiv M.,L. (70 ani) și M.,I. (66 ani).

Bunicii minorului nu sunt deloc de acord cu comportamentul abuziv al tatălui față de copil, dar, din păcate, nu pot interveni de cele mai multe ori în favoarea copilului, deoarece tatăl nu le acceptă părerea, nu vrea să-i asculte și consideră că nu vor decât să-i știrbească autoritatea în ochii copilului. Bunicul partern a afirmat că, ori de câte ori intervine între el și copil, tată devine recalcitrant și se manifestă mai agresiv ca de obicei, adresându-le cuvite dure și amenințări atât lui cât și soției, bunica copilului. De asemenea, bunicul a declarat asistentului social că de cele mai multe ori se află în imposibilitatea de a apăra copilul întrucât pedepsele sunt făcute cu ușa închisă, iar orice încercare a bătrânilor de a interveni determină o irascibilitate mai mare din partea tatălui cu repercursiuni directe asupra copilului.

Cei doi bunici sunt atașați de copil, iar copilul are încredere în ei și îi iubește. Acestora le este milă de nepotelul lor și doresc să îl ajute și încearcă mereu să îmbunătățească relația tatălui cu minorul, dar până în prezent fără nici o reușită.

Bunicii copilului sunt de părere că tatăl lui M.,T. s-a schimbat mult după ce a trecut în cultul religios „Oastea Domnului" și a adoptat toate canoanele foarte severe și cu multe interdicții, aceștia afirmând că tatăl dorește să-l crească pe M.,T. în spiritul acestei religii; bunicilor li se pare comportamentul tatălui abuziv față de minor și consideră că îi pune acestuia în pericol dezvoltarea fizică și psihică, prin pedepsele pe care i le aplică, prin lipsa dragostei (pe care nu i-o arată niciodată), prin interdicțiile (aberante) pe care i le impune, prin faptul că nu-i permite să-și vadă mama etc.

Cu toate că este fiul lor, bunicii copilului M.,T. consideră că, dată fiind această situație, copilul este în pericol lângă tatăl său și totodată consideră că ar fi mult mai bine ca M.,T. să locuiască cu mama lui biologică, care ține la el și pe care copilul o iubește, și unde ar fi în siguranță și ar putea crește la fel ca ceilalți copii de vârsta lui.

Bunicii copilului nu au apelat niciodată la autoritățile specializate pentru a le informa despre situația copilului, deoarece s-au temut că acest lucru îl va supăra mult pe tată, iar repercursiunile vor fi grave și îl vor afecta direct pe copil. Din această cauză, au păstrat tăcerea asupra acestei situații.

Asistentul social a purtat discuții despre starea actuală a copilului și despre efectele regimului la care este supus și cu tatăl minorului, domnul M.,G.

Tatăl copilului nu s-a arătat foarte dispus să coopereze cu asistentul social, manifestând un comportament ostil și de respingere. Cu toate acestea, el nu a negat cele afirmate de copil, însă a susținut că aceste restricții și pedepsele sunt pentru ca acesta să beneficieze de o educație corespunzătoare, să învețe „să deosebească binele de rău" etc.

Domnul M.,G. nu consideră comportamentul său ca fiind unul abuziv, ci comportamentul unui părinte „responsabil", care dorește să-și învețe copilul de mic respectarea regulilor și cum să ducă o viață ordonată. În ceea ce privește pedepsele fizice, tatăl susține că au un rol pur educativ, și nu le consideră dăunătoare pentru sănătatea și dezvoltarea fizică și psihică a copilului, afirmând că pedepsele și/sau restricțiile la care este supus copilul nu sunt chiar atât de intense și de frecvente pe cât a declarat minorul.

De asemenea, tatăl copilului a considerat inoportună și inutilă intenția asistentului social, afirmând că nu acceptă să-i spună nimeni cum să-și crească/educe copilul și că nu va renunța la pedepse atâta timp cât el consideră că sunt binevenite și că astfel copilul nu-i va ieși din cuvânt și va fi un „copil-model". Tatăl a refuzat orice sprijin din partea asistentului social sau al altui membru al echipei multidisciplinare de intervenție, susținând că el știe ce este cel mai bine pentru copilul său.

Asistentul social a luat legătura și cu mama copilului, doamna L.,B. (30 ani), în prezent recăsătorită, care, în urma insistenței asistentului social

s-a prezentat la sediul instituției împreună cu actualul soț și cu bunicul patern. Mama copilului a afirmat că știe în ce situație se află copilul ei, dar că îi este interzisă prezența în preajma copilului și că a fost amenințată de fostul soț. Doamna L.,B. a declarat că vrea să îl ia pe M.,T. să locuiască cu dânsa și că ține mult la copil, dar că nu poate face acest lucru deoarece copilul a fost încredințat tatălui în urma divorțului prin hotărâre judecătorească. Mama minorului a cerut sprijinul asistentului social pentru a-i fi încredințat ei copilul spre creștere și educare, deoarece consideră că M.,T. este în pericol dacă mai locuiește împreună cu tatăl său.

Starea fizică și psihică a copilului în urma evaluării

Copilul M.,T. a fost găsit pe stradă de doamna V.,A. în stare de șoc, plângând și spunând că a fost bătut și alungat de acasă de tatăl său și că nu vrea să se mai întoarcă la el.

Minorul a fost supus unor evaluări de către membrii echipei de intervenție (asistent social, psiholog, medic). În urma evaluărilor s-a constatat că M.,T. prezenta pe suprafața corpului urme mai vechi de lovituri (vânătăi) și era foarte slab pentru vârsta sa.

De asemenea, copilul era foarte speriat, izbucnea în plâns foarte des și repeta mereu că tatăl său îl pedepsește, îl ține încuiat în casă de multe ori, nu îl lasă la joacă, îl ceartă fără vreun motiv întemeiat, nu îl lasă să-și vadă mama etc.

Specialiștii care au evaluat starea copilului au constatat că acesta era pur și simplu terorizat de tată, pedepsit frecvent și supus unor restricții aproape aberante, amenințat cu izgonirea de acasă, supus frecvent abuzului fizic și psihic.

Copilului îi este foarte teamă de tatăl lui, care nu îl iubește și nu îl acceptă așa cum este el (un copil de 9 ani cu caracteristicile specifice acestei vârste). Crede că tatăl său nu îl vrea și că el greșește, de aceea este pedepsit.

M.,T. este vizibil afectat și de divorțul părinților, faptul că mama nu mai este cu el și nu îi este permis să o vadă, iar el este foarte atașat de ea.

Actualul mediu familial este perceput de copil ca unul negativ, lipsit de dragostea parentală, coercitiv și ostil; singurul lucru pozitiv este con-

siderat relația lui cu bunicii paterni, dar și aceasta este „controlată" de tată.

Copilul susține că nu vrea să se mai întoarcă acasă la tatăl său deoarece îi este frică că va fi pedepsit din nou și își dorește să locuiască cu mama sa sau cu bunicii, fără tată.

Evaluarea familiei

Semnificația mediului ambiant, trecut și actual

Părinții minorului M.,T., respectiv doamna L.,B. și domnul M.,G. s-au căsătorit în 1992, M.,T. născându-se în 1993. Tatăl copilului lucra ca brancardier la un spital din Iași (unde lucrează și în prezent), iar mama copilului nu lucra (se ocupa de gospodărie).

În 1997 cei doi soți au divorțat. Cel care a cerut divorțul a fost tatăl copilului, motivul invocat fiind infidelitatea soției, precum și faptul că aceasta „nu este în stare să crească un copil". Orice încercare a soției de a-i explica că aceste lucruri sunt doar închipuiri de-ale soțului a fost zadarnică.

Cu toate că acuzația de infidelitate pe care o aducea soțul mamei lui M.,T. era falsă și fără nici o dovadă reală, și cu toate că bunicii paterni ai copilului au încercat să-l convingă pe M.,G. să renunțe la ideea divorțului, acesta nu s-a răzgândit.

În urma pronunțării divorțului, copilul a fost încredințat prin hotărâre judecătorească tatălui, datorită faptului că, la acea dată, mama nu avea locuință proprie și nici un loc de muncă care să-i asigure un venit stabil.

Tot în această perioadă, tatăl copilului a devenit adeptul cultului religios „Oastea Domnului", care se pare că a schimbat foarte mult relațiile acestuia cu toți membrii familiei. Tatăl minorului era și înainte de a deveni adeptul acestei religii precum și înainte de divorț agresiv, atât verbal cât și fizic și destul de sever cu M.,T., însă, din cele relatate de membrii familiei minorului, aceste comportamente s-au agravat după ce tatăl a devenit adeptul acestui cult.

Copilul M.,T. este supus în mod repetat de către tată la anumite restricții, are interdicții de la ce alimente să consume până la interdicția de a-și vedea mama, este supus repetat pedepselor fizice și amenințărilor, fără

ca bunicii paterni, care nu sunt de acord cu toate aceste lucruri, să poată interveni pentru a-l apăra.

Copilul simte că trăiește într-un mediu familial ostil, că nu este iubit de tatăl său și îi este frică de acesta. Faptul că părintele de care s-a atașat (mama) nu este lângă el contribuie și mai mult la trăirea sentimentului de nesiguranță, de frică pentru ceea ce s-ar putea întâmpla cu el dacă tatăl continuă să aibă acest comportament față de el.

Funcționarea actuală a familiei

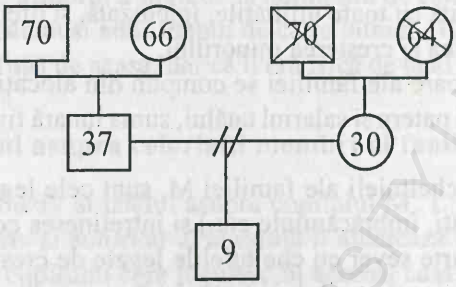
În prezent familia copilului M.,T. este compusă din tatăl său și bunici paterni, toți locuind în aceeași casă. După divorțul celor doi părinți, tatăl a interzis copilului să-și vadă mama (să o viziteze) și, de asemenea, le-a interzis bunicilor copilului să-i permită mamei să-l vadă pe M.,T. Cu toate acestea, mama minorului îl vizitează pe acesta pe ascuns (când tatăl este la serviciu), cu acordul bunicilor, dar nu reușește niciodată să discute cu el cum ar trebui sau să facă diferite lucruri împreună deoarece îi este frică să intre în casă, să nu afle soțul și astfel să devină mai agresiv cu M.,T.

Acest lucru are un impact negativ puternic asupra copilului, care se simte în permanență sever controlat, amenințat, în nesiguranță. Faptul că nu poate avea o relație normală cu mama lui, iar relația actuală cu tatăl este bazată pe supunere, amenințări și pedeapsă, are grave repercursiuni asupra copilului, el simțindu-se deseori vinovat de situația existentă și de ceea ce se întâmplă în familia lui.

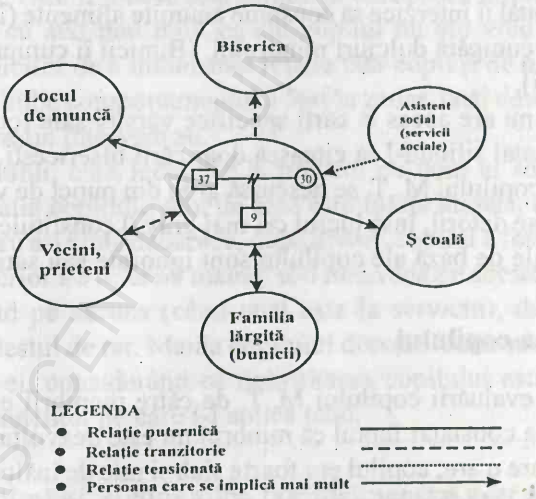
Relația copilului T. cu bunicii este o relație afectuoasă, bazată pe înțelegere și ajutor, bunicilor fiindu-le milă de nepotul lor și încercând să-l ajute în relația lui cu tatăl, dar fără mult succes, deoarece tatăl copilului nu le ia aproape niciodată în seamă sfaturile și consideră că vor să îl alinte prea mult pe copil și să-i știrbească autoritatea.

Relațiile familiei lui M.,T. cu comunitatea sunt destul de reduse; neavând prieteni apropiați, membrii familiei lui T. relaționează doar cu câțiva vecini, dar și aceste relații sunt controlate de tatăl copilului, care îi consideră pe vecini ca fiind persoane ce provin din medii sociale cu abateri comportamentale, și cu care familia lui nu ar trebui să aibă relații

apropiate (în special copilul). Celălalte rude ale familiei M. locuiesc în orașe diferite și se vizitează rar.



Genograma familiei M.



Ecomapa familiei M.

BCU IASI CENTRU UNIVERSITY LIBRARY

Nivelul de trai asigurat copilului

Familia copilului M.,T. locuiește într-un imobil format din trei camere (dintre care două sunt locuite de bunicii paterni). Locuința este mobilată decent, este dotată cu toate utilitățile, igienizată, și oferă condiții decente pentru întreținerea și creșterea minorului.

Veniturile lunare ale familiei se compun din alocația copilului M.,T., pensia bunicului patern și salariul tatălui, suma lunară fiind de aproximativ 2.300.000 lei.

Principalele cheltuieli ale familiei M. sunt cele legate de gospodărie (alimente, utilități, îmbrăcăminte etc.) și întreținerea copilului M.,T.

Tatăl este foarte sever cu cheltuielile legate de creșterea copilului; în fiecare zi îi reproșează copilului că mănâncă cam mult și că are cam multe haine și astfel banii se cheltuie repede și el are multe datorii.

Aspectul vestimentar al copilului însă demonstrează contrariul. De asemenea, tatăl îi interzice să consume anumite alimente (în special carne) și foarte rar cumpără dulciuri minorului. (Bunicii îi cumpără dulciuri fără știrea tatălui).

Minorul nu are acces la cărți specifice vârstei sale (cu excepția celor de școală), tatăl silindu-l să citească doar cărți bisericești.

Familia copilului M.,T. se descursă greu din punct de vedere material, cu numeroase datorii, însă lucrul cel mai grav îl constituie faptul că multe dintre nevoile de bază ale copilului sunt ignorate sau satisfăcute parțial.

Dezvoltarea copilului

În urma evaluării copilului M.,T. de către membrii echipei interdisciplinare, s-a constatat faptul că minorul nu este dezvoltat corespunzător vârstei pe care o are; copilul era foarte slab și mic de înălțime în proporție cu vârsta lui. Medicii care au examinat copilul au constatat pe corpul acestuia urme de lovituri în diferite stadii de vindecare. De asemenea, s-a constatat că M.,T. are anumite probleme organice legate în mod direct de alimentație (carențe de vitamine, calciu, fier etc.).

Din punct de vedere psiho-social, copilul are un comportament normal, deține achiziții sociale corespunzătoare vârstei sale, nu are tendințe

deviante de comportament. Cu toate acestea, M.,T. prezintă unele tulburări de natură emoțională, cu accese de plâns, insomnie, izolare de ceilalți membri ai familiei, consecințe directe a tratamentului abuziv la care este supus de tatăl său. Minorul a fugit de la domiciliu de câteva ori, revenind singur acasă sau căutat și adus înapoi de către bunici. (Copilul a declarat că el nu a vrut să fugă de acasă, dar că îi era frică de tatăl său și de bătaie).

Efectele abuzului asupra celorlalți membri ai familiei

Tratamentul abuziv al tatălui asupra copilului M.,T., precum și comportamentul agresiv și autoritar al acestuia îi afectează foarte mult și pe bunicii paterni ai copilului care locuiesc în aceeași casă.

Aceștia sunt și ei amenințați de către tată, mai ales atunci când încearcă să intervină în apărarea minorului. Bunicilor le este milă de suferința nepotului lor pe care îl iubesc foarte mult și dezaprobă atitudinea tatălui față de acesta, cu atât mai mult cu cât copilul nu are vreo vină. Orice încercare a bunicilor de a îmbunătăți relația tată-copil și de a-l determina pe tată să-și schimbe comportamentul a fost în zadar, tatăl devenind și mai agresiv dacă aceștia interveneau.

Mama copilului, care locuiește în prezent cu noul ei soț, este și ea afectată de situația copilului său, de care este foarte atașată, dar nu poate face nimic pentru a-l ajuta deoarece, după divorț, copilul a fost încredințat tatălui, care ulterior i-a interzis mamei să-l mai vadă pe acesta. Minorul și mama sa se văd pe ascuns (când tatăl este la serviciu), dar comunică foarte puțin și destul de rar. Mama copilului dorește foarte mult să îl ia pe acesta în grija ei, considerând că dezvoltarea copilului este serios periclitată de tratamentul pe care i-l aplică tatăl.

Ce trebuie schimbat în dinamica familiei pentru a preveni abuzul?

În prezent relațiile interpersonale în cadrul familiei M. sunt tensionate și dominate de frecvente conflicte cauzate de comportamentul agresiv și autoritar al tatălui, în ceea ce privește pe copilul M.,T., copilul fiind supus în mod repetat agresiunilor fizice și verbale, interdicțiilor de tot felul etc.

În vederea diminuării riscurilor repetării abuzului asupra minorului M.,T. sunt necesare anumite schimbări în comportamentul membrilor familiei M. și al interrelaționării dintre aceștia, un accent deosebit punându-se pe:

- îmbunătățirea calității relației tată-copil prin conștientizarea tatălui asupra efectelor comportamentului său asupra dezvoltării și integrității fizice și psihice a minorului și a nevoii copilului de afectivitate;
- relația pozitivă a bunicilor paterni cu minorul M.,T. și încurajarea acestei relații (persoane de susținere);
- menținerea legăturii copilului cu mama sa prin vizite reciproce și petrecerea a cât mai mult timp împreună (eventual împreună și cu tatăl și bunicii copilului), în vederea creării și menținerii unor relații afective normale;
- satisfacerea nevoilor de bază ale copilului M.,T. de către membrii familiei, fără a-l supune pe acesta regulilor sau valorilor unei credințe religioase de care este străin și care îi periclitează sănătatea și dezvoltarea fizică, psihică și socială.

Planificarea intervenției

Principalul obiectiv al intervenției în cazul copilului M.,T. îl constituie crearea/asigurarea unui mediu propice creșterii și dezvoltării fizice, psihice și sociale a acestuia prin îndepărtarea/diminuarea factorilor care au condus la abuz - schimbarea mediului de viață maltratant în unul favorabil creșterii și educării copilului.

În cadrul intervenției se va avea în vedere conștientizarea abuzului de către membrii familiei (inclusiv abuzatorul) și motivarea existentă pentru schimbare a acestora, precum și responsabilizarea persoanelor implicate.

De asemenea vor fi exploatate de către membrii echipei de intervenție resursele familiale și extrafamiliale, precum și nevoile copilului (acestea fiind considerate priorități) și a celorlalți membri ai familiei.

În ceea ce privește instituțiile /profesioniștii implicați, echipa de intervenție va fi formată din: asistent social, psiholog, medic, jurist.

La nivelul rețelei sociale se vor identifica și acorda responsabilitățile corespunzătoare persoanelor semnificante din mediul de viață al copilului (în acest caz persoanele de susținere pentru minor sunt bunicii paterni și mama acestuia cu care M.,T. are relații afective puternice).

La nivelul individual intervenția va urmări acordarea de terapie individuală și consiliere persoanelor implicate în situația de abuz în funcție de necesități (urmărindu-se în special recuperarea psihică a minorului în cauză).

În urma evaluării inițiale a situației copilului M.,T. precum și a familiei acestuia, s-a constatat de către specialiștii care au investigat cazul faptul că mediul familial în care trăiește minorul este unul abuziv, dominat de conflicte bazate pe autoritate și agresivitate din partea tatălui, care pune în pericol integritatea fizică și psihică a copilului.

S-a constatat de asemenea că nevoile de bază ale copilului sunt neglijate în familie și există anumite interdicții din partea tatălui în ceea ce privește stilul de viață al minorului care sunt în contradicție cu necesitățile specifice vârstei acestuia.

Din discuțiile avute cu membrii familiei M. (bunicii, tatăl, mama, copilul) a reieșit că tatăl nu este dispus să renunțe la atitudinea sa față de M.,T., considerând-o benefică pentru educația acestuia.

Persoanele care susțin poziția copilului, respectiv bunicii paterni și mama copilului, sunt dispuse să colaboreze cu specialiștii care se ocupă de caz în vederea luării unei decizii favorabile pentru M.,T. și pentru stoparea abuzului.

Având în vedere aceste aspecte, se propun următoarele:

- consilierea părintelui abuzator, respectiv tatăl, în vederea corectării comportamentului față de minor;
- accentuarea și menținerea relației pozitive dintre bunicii paterni și copil și utilizarea acestei resurse în procesul de recuperare fizică și psihică a minorului M.,T.;
- cooperarea specialiștilor cu mama și cu bunicii paterni în vederea identificării unei soluții optime în favoarea copilului, care să-i asigure un mediu corespunzător dezvoltării normale, securitate și afecțiune;
- schimbarea mediului de viață maltratant în unul favorabil creșterii și educării copilului;

- identificarea unei măsuri temporare de protecție a copilului până când se va găsi o măsură permanentă de ocrotire care să-i ofere copilului siguranță și condiții normale de creștere și educare.

Intervenția

Membrii echipei interdisciplinare de intervenție au încercat să realizeze o consiliere a tatălui privind comportamentul acestuia față de copil, însă acesta din urmă a refuzat orice formă de colaborare cu specialiștii.

Asistentul social a încercat chiar încheierea unei convenții privind atitudinea tatălui față de copil, însă și de această dată el a considerat intervenția asistentului social ca fiind depășită și cu caracter distructiv față de educația copilului. Tatăl minorului chiar a precizat în scris că „nu declar că nu voi mai pedepsi copilul".

Mama copilului, în prezent recăsătorită și cu o situație materială bună, s-a arătat dispusă să colaboreze cu asistentul social și și-a arătat dorința de a-l lua în îngrijirea ei pe M.,T., mama având o relație pozitivă cu acesta. De menționat că mama este susținută în acest sens de bunicii paterni ai copilului, care de asemenea consideră că minorul este în pericol dacă mai locuiește cu tatăl său în aceste condiții.

Întrucât nu există o bază legală, nu s-a putut realiza integrarea copilului în familia mamei (copilul a fost încredințat tatălui după divorț prin hotărâre judecătorească). Astfel, mama a fost sfătuită să se prezinte la Tribunalul Iași pentru a cere reîncredințarea minorului, deoarece motivul pentru care copilul a fost încredințat tatălui a dispărut, iar acesta din urmă se face vinovat de rele tratamente aplicate minorului, periclitându-i dezvoltarea și integritatea fizică și psihică copilului M.,T.

Având în vedere cele menționate mai sus și că minorul M.,T. nu se poate reîntoarce la domiciliul tatălui, iar demersurile privind reîncredințarea copilului la mamă nu au fost finalizate, s-a propus ca acesta să fie plasat în regim de urgență la Centrul „Familia Nostra" până la soluționarea legală a cazului.

Pașii intervenției:

1. Plasarea copilului în regim de urgență la Centrul „Familia Nostra" până la soluționarea situației juridice a copilului M.,T.

2. Menținerea relației dintre mamă și copil, respectiv bunici-copil până la reglementarea situației.

3. Susținerea mamei și consilierea acesteia în vederea cererii reîncredințării copilului M.,T. în favoarea ei.

4. Încredințarea copilului familiei mamei biologice după obținerea reîncredințării legale a minorului.

5. Terapie individuală pentru copil, oferirea de suport pentru depășirea traumei suferite.

6. Terapie individuală cu persoanele care oferă suport (respectiv mama și bunicii paterni) în vederea sprijinirii recuperării acestuia.

7. Terapie individuală cu părintele abuzator.

8. Evaluarea situației copilului și a gradului de adaptare în noul mediu familial în mod periodic (lunar).

9. Monitorizarea cazului o perioadă de 6 luni după încheierea intervenției.

Evaluarea finală

În urma încredințării copilului M.,T. familiei mamei biologice a acestuia, specialiștii care au investigat cazul au constatat că M.,T. s-a reintegrat repede în mediul familial, adaptându-se ușor la noua sa situație.

Minorul manifestă un real atașament față de mamă, cât și față de noul soț al acesteia, care îl iubește și este preocupat de situația lui, M.,T. păstrează legătura cu bunicii paterni, care îl vizitează la domiciliul mamei.

Datorită asistenței psihologice de care a beneficiat copilul, dar și sprijinului din partea noii sale familii, acesta a depășit efectele traumei tatălui, în prezent având o dezvoltare normală din punct de vedere fizic, psihic și social corepunzătoare vârstei.

În urma reevaluării situației minorului M.,T., membrii echipei de intervenție au constatat că noul mediu familial al acestuia oferă siguranță și nu există riscul de apariție a unor noi abuzuri asupra sa. De asemenea, s-au identificat, atât de către specialiști cât și de familia copilului, mo-

dificări pozitive observabile în comportamentul lui M.,T. și o îmbunătățire considerabilă a stării generale a copilului, fapt care certifică integrarea și adaptarea acestuia în noul mediu familial.

Închiderea cazului

Cazul copilului M.,T. a fost închis odată cu identificarea măsurii permanente de ocrotire a acestuia și anume încredințarea copilului T. mamei biologice, și prin îndepărtarea în acest mod a factorilor de risc care au condus la abuz (îndepărtarea copilului de părintele abuzator). Specialiștii care au instrumentat cazul minorului M.,T. au considerat, în urma reevaluării situației acestuia, că noua familie este capabilă să răspundă nevoilor copilului fără ajutorul serviciilor sociale.

Studiu de caz nr. 2

Prezentarea generală a problemei

Fetița E.,A. în vârstă de 11 ani, elevă în clasa a IV-a, locuiește împreună cu mama sa, E.,B., în vârstă de 34 ani într-un bloc dintr-un cartier ieșean, într-o garsonieră aparținând statului.

Copilul provine dintr-o relație de concubinaj a mamei, tatăl biologic al fetiței fiind decedat. În prezent fetița se află în îngrijirea mamei, care suferă de afecțiuni psihice destul de grave, nu are un loc de muncă și resurse materiale/financiare suficiente pentru a-i asigura copilului un trai decent.

Minora în cauză este agresată de mamă în mod repetat, atât verbal cât mai ales fizic; copilul este lovit cu diferite obiecte în cap și restul corpului, este mușcată de mamă de mâini, trasă de păr, lovită cu picioarele de către aceasta, mama invocând diferite motive: neastâmpărul fetiței, crizele de nervi datorate afecțiunilor psihice de care suferă, lipsa resurselor materiale etc.

De asemenea, copilul este neglijat fizic de către mamă (sunt zile când copilul mănâncă doar pâine, nu are haine potrivite etc.) și exploatat de

către aceasta: fetița este de multe ori trimisă la cerșit (în bloc sau în altă parte), iar dacă revine fără nimic acasă este bătută de către mamă și lăsată flămândă.

În ultimul timp, doamna E.,B. nu vrea să-și mai lase fetița la școală, motivând că nu are banii necesari și că fetița nu învață. Faptele însă demonstrează contrariul, minora dorind să învețe și având rezultate satisfăcătoare la școală.

În anul 1997 (când starea de sănătate a mamei începuse să se deterioreze) mama a solicitat internarea copilului într-un centru de plasament, deoarece nu are venituri pentru a o crește și urmează să se interneze la spitalul de psihiatrie pentru a urma un tratament.

Deoarece copilul era lipsit de condiții de creștere și educare în familie, s-a luat măsura de ocrotire a copilului prin internarea acestuia în Centrul la Plasament „Primăverii". Peste două săptămâni, mama a venit la instituția respectivă și și-a luat fetița (fără să ceară permisiunea personalului), pentru a încasa alocația copilului. Când a adus-o înapoi, mama a fost mustrată de personalul centrului pentru că a comis o ilegalitate. Săptămâna următoare însă, doamna E.,B. a venit din nou la centru și a luat fetița acasă, fără să o mai aducă înapoi, insistând că o iubește și este dreptul ei să o crească, motivând autorităților că sănătatea i s-a ameliorat și se simte capabilă să-și îngrijească copilul. Astfel, copilul a rămas în grija mamei, însă a rămas în atenția autorităților timp de doi ani (până în anul 1999).

Cu timpul, starea de sănătate psihică a mamei s-a înrăutățit, iar aceasta a început să aibă manifestări violente cu repercursiuni directe asupra fetiței E.,A. Copilul este agresat frecvent de mamă, pedepsit, trimis la cerșit, neglijat, nu este lăsat să meargă la școală etc.

Posibilitățile materiale ale familiei sunt precare: mama a lucrat ca îngrijitoare la o asociație de locatari, dar în prezent nu mai lucrează, singurul venit fiind ajutorul social și alocația copilului.

Doamna E.,B. nu posedă acte personale (le-a pierdut), nu are un loc de muncă, iar de curând a primit ordin de evacuare din locuință, din cauza datoriilor. E.,B. își maltratează copilul în mod repetat, lovind-o pe fetiță cu picioarele, cu pumnii, cu diverse obiecte. Fetița a apelat de multe ori la vecini pentru a o apăra de mamă. Vecinii familiei E. se tem de doamna

E.,B., deoarece aceasta este recalcitrantă, agresivă, nu stă de vorbă cu nimeni, prezintă manifestări violente pe fondul consumului de alcool. Cu toate acestea, majoritatea vecinilor sunt îngrijorați de situația fetiței E.,A. care trăiește într-un real pericol.

Sesizarea cazului

1. Date de identificare ale persoanei care a sesizat abuzul: B.,I. (42 ani) vecină de bloc;

2. Date de identificare ale copilului: E.,A. (11 ani), județul Iași;

3. Date de identificare ale presupusului abuzator: E.,B. (34 ani), mama copilului;

4. Tipul de abuz reclamat: abuz fizic, emoțional și neglijare;

5. Instituția la care a fost sesizat cazul: Direcția de Asistență Socială Iași.

Cazul copilului E.,A. a fost sesizat la începutul lunii aprilie 2002 de doamna B.,I., vecină de bloc cu familia E, care, mergând în vizită la scara vecină (unde locuia familia E.), a auzit un copil plângând foarte tare și rugându-se să nu mai fie bătut. Deoarece a mai auzit-o plângând și când a plecat spre casă (după 3 ore), doamna B.,I. A întrebat vecinii scării unde locuia copilul cum se numește acesta și care este situația lui.

Aflând de la vecini ce se întâmplă cu fetița și situația ei familială, doamna B.,I. a devenit preocupată de soarta fetiței și a considerat necesar să anunțe autoritățile competente.

Astfel, doamna B.,I,. a telefonat la Direcția de Asistență Socială la 983 (help-line) și a anunțat personalul că o fetiță de la scara vecină este bătută în mod frecvent cu cruzime de mama ei care are probleme psihice, este trimisă la cerșit și neglijată fizic de către aceasta.

La domiciliul doamnei B.,I. s-a deplasat un asistent social al Direcției de Asistență Socială pentru a afla mai multe informații importante în legătură cu acest caz. Astfel, a rezultat că minora E.,A. în vârstă de 11 ani, elevă în clasa a IV-a, este abuzată fizic și psihic de către mamă pe fondul unor probleme psihice ale acesteia, este de multe ori trimisă la cerșit de către mamă, nu este lăsată la școală.

Asistentul social a discutat cu mama fetiței despre comportamentul acesteia față de copil; mama însă s-a arătat plină de regrete și remușcări pentru cele întâmplate, declarând că își iubește foarte mult fetița și că nu vrea să se despartă de ea, și că abuzul nu se va mai repeta.

La această dată nu a fost luată nici o măsură de protecție pentru copil, deoarece s-a observat o schimbare pozitivă în comportamentul mamei, cazul minorei rămânând însă în atenția Biroului de Protecție a Copilului Abuzat.

La sfârșitul lunii mai 2002 (după o lună de la sesizarea doamnei B.,I.), copilul E.,A. s-a prezentat la sediul Direcției de Asistență Socială, declarând asistenților sociali că mama a reînceput să o bată brutal din luna aprilie, că nu o lasă să meargă la școală și o trimite la cerșit în fiecare săptămână. Fetița avea semne de la lovituri pe față, pe mâini (urme de dinți, vânătăi etc.).

Minora a spus că este îngrozită să se întoarcă acasă și că nu mai poate suporta regimul abuziv al mamei sale.

Copilul a fost plasat în regim de urgență la Centrul de Primire în Regim de Urgență până la evaluarea și finalizarea cazului și instituirea unei măsuri de ocrotire cu caracter permanent, întrucât rămânerea minorei în familie îi periclitează serios acesteia integritatea fizică și psihică.

BCU "M. EMINESCU" IAȘI

Înregistrarea cazului

Cazul copilului E.,A. a fost preluat de Direcția de Asistență Socială Iași, Biroul Protecția Copilului Abuzat, urmând a fi evaluată situația copilului în cauză și identificarea unei măsuri de ocrotire care să-i ofere acestuia siguranță și condiții normale de creștere și educare.

Evaluarea inițială

Intervievarea membrilor familiei minorei E.,A.

Scopul intervievării persoanelor semnificative ale familiei minorei (inclusiv a acesteia din urmă) este obținerea de informații importante pentru evaluarea situației copilului: ce s-a petrecut, gravitatea pericolului în care se află minora, tipul, gravitatea și cronicitatea abuzului, relațiile

dintre membrii familiei, informații legate de riscul repetării abuzului, persoanele semnificative pentru minoră și rolul acestora etc.

Minora E.,A. a fost prima cu care a discutat asistentul social despre ceea ce s-a întâmplat, despre situația în care se află aceasta.

Din cele relatate de către fetița E.,A., a rezultat că aceasta este tratată abuziv de către mama sa de mai multă vreme, dar că în ultimul timp comportamentul acesteia față de ea a devenit foarte violent, atât verbal cât și fizic.

Copilul susține că este agresat de mamă în mod repetat, în special atunci când aceasta este nervoasă și consumă alcool, sau atunci când nu are bani. Fetița a relatat asistentului social că este bătută cu cruzime de mama ei, ori de câte ori acesteia i se pare că minora nu o ascultă, că îi răspunde, că ajunge mai târziu acasă etc.

Minora a afirmat că mama o bate cu pumnii, cu picioarele, îi astupă gura ca să nu țipe, uneori o mușcă de mâini, o lovește cu diferite obiecte, o amenință că o va alunga de acasă, că o va pedepsi nedându-i de mâncare etc. De asemenea, fetița E.,A. a declarat că mama o trimite în ultima vreme la cerșit, motivând că nu are bani să o întrețină și că nu vor avea ce să mănânce. Atunci când copilul s-a împotrivit și a spus că nu vrea să meargă la cerșit pentru că îi este rușine, mama a bătut-o și a amenințat-o că o va izgoni de acasă, iar fetița, de frică, a acceptat. Când nu aduce bani acasă sau mâncare, E.,A. este bătută de către mamă și lăsată flămândă.

Din cele discutate cu minora, reiese faptul că mama nu vrea să o mai lase să meargă la școală, motivând că nu are banii necesari și că are nevoie de copil acasă,, să o ajute la treburile gospodărești, deoarece ea are probleme de sănătate. Copilul susține însă că își dorește foarte mult să meargă la școală, să învețe, îi plac colegii, învățătoarea și nu ar vrea să abandoneze școala.

Din spusele fetiței, aceasta nu și-a cunoscut tatăl niciodată, deoarece acesta a murit când ea avea șase luni, și nu are nici bunici materni sau paterni, aceștia fiind de asemenea decedați.

Fetița a mai menționat că în anul 1997 a fost internată la Centrul de Plasament „Primăverii" (Iași), deoarece mama nu avea posibilități să o întrețină și trebuia să se interneze în spital pentru a urma un tratament. A

stat la centru aproape patru luni de zile, până când mama a luat-o înapoi acasă.

Minora crede că mama sa are probleme de sănătate și că acesta este unul din motivele pentru care o bate. De asemenea, fetița a spus asistentului social că în ultima vreme mama sa consumă alcool destul de mult, a devenit foarte agresivă și o bate aproape tot timpul, având mereu o atitudine ostilă față de ea, criticând-o și pedepsind-o în mod repetat, astfel încât fetiței îi este foarte frică de ea. Copilul a apelat de multe ori la ajutorul vecinilor ca să o apere de mamă, dar și aceștia se tem de ea, deoarece are manifestări violente și este recalcitrantă, neavând relații amicale cu vecinii.

Fetița s-a decis să solicite sprijinul Direcției de Asistență Socială deoarece nu mai putea suporta tratamentul abuziv la care o supunea mama și știa (din experiențele avute) că poate fi ajutată. E.,A. a declarat asistentului social că ultima dată i-a spart capul lovind-o cu un lacăt și a mușcat-o de ambele mâini din cauză că a găsit câteva cărți în casă care nu erau ale ei (erau împrumutate de copil). Evaluarea medicală ulterioară a confirmat spusele minorei; medicii care au consultat-o au identificat urme de lovituri, urme de dinți pe mâinile copilului, lovituri la nivelul craniului cu un obiect dur etc.

E.,A. este terorizată de comportamentul mamei sale și a refuzat să se mai întoarcă acasă. Fetița i-a spus asistentului social că ar dori să fie preluată de o familie care să-i ofere sprijin și să-și suplinească părinții, fiindcă ea nu mai vrea să stea niciodată cu mama ei.

Copilul a fost plasat în regim de urgență la Centrul de Primire în Regim de Urgență până la finalizarea cazului și instituirea unei măsuri de ocrotire cu caracter permanent, deoarece în familie îi este periclitată integritatea fizică și psihică.

Asistentul social a discutat și cu mama fetiței, doamna E.,B. Mama nu s-a arătat deloc dispusă să coopereze cu asistentul social și a manifestat o atitudine ostilă, defensivă, chiar recalcitrantă.

Aceasta nu a negat cele afirmate de fetiță, susținând chiar că atitudinea ei față de minoră este justificată și că fetița are de multe ori un comportament necorespunzător, de aceea o pedepsește, dar că acest lucru nu

înseamnă că ea își abuzează copilul, deoarece „orice părinte își bate copilul când acesta greșește".

Întrebată de asistentul social de ce nu a dus fetița la spital după ce i-a spart capul, mama a spus că a fost un accident, că nu a intenționat să o lovească atât de tare, dar era foarte nervoasă și nu se simțea bine. Mama a declarat că a îngrijit-o ea pe fetiță și că nu era atât de gravă rana pentru a se prezenta la medic cu minora, și că oricum nu avea bani pentru aceasta.

Doamna E.,B. s-a arătat contrariată de intervenția asistentului social, refuzând orice sprijin din partea acestuia și declarând că ea vrea să-și crească copilul singură deoarece este dreptul ei. În legătură cu tratamentul aplicat minorei, mama susține „că eu am făcut-o, eu o bat" și că orice copil trebuie să învețe să-și asculte părinții și să-i respecte. Doamna E.,B. a motivat că în ultima vreme are probleme mari financiare, precum și de sănătate, care o afectează în mod negativ.

În urma evaluării psihologice a mamei, s-a constatat că aceasta prezintă tulburări psihice grave, devieri de comportament și tendințe agresive periculoase. Doamna E.,B. a fost internată pentru tratament la spitalul de psihiatrie „Socola" în anul 1997 cu diagnosticul oligofrenie gradul I cu reacții discomportamentale.

Vecina de palier a familei E., respectiv doamna I.,C. a fost și ea intervievată de asistentul social în legătură cu situația copilului E.,A., deoarece minora a apelat de multe ori la aceasta pentru a o apăra de furia mamei și deci aceasta cunoștea situația fetei.

Doamna I.,C. a declarat asistentului social că fetița E.,A. este maltratată de către mama ei, care are probleme psihice. Copilul este bătut frecvent de mamă,, este trimisă la cerșit (chiar și în bloc), este amenințat cu izgonirea din casă și de multe ori a venit la ușa doamnei I.C. pentru a-i cere acesteia să o apere. Vecina a afirmat că aude frecvent prin perete cum fetița plânge și se roagă de mama ei să nu o mai bată, și a observat de multe ori că fetița are vânătăi. De asemenea, doamna I.,C. a mai menționat că minora i-a spus că mama nu vrea să o mai lase să frecventeze școala, dar că ea nu vrea să renunțe la școală. Fetița obișnuiește să împrumute cărți de citit de la dânsa, deoarece mama nu vrea să-i cumpere nici măcar manualele de care are nevoie la școală.

Vecina familiei E. a afirmat că știe situația familială a minorei, că mama a fost internată la un spital de psihiatrie și că fetița a stat la un centru de plasament, că se confruntă cu probleme financiare grave, că nu are nici o persoană pe care să se bazeze. De asemenea, doamna I.,C. a declarat că E.,A. este într-un permanent pericol alături de mama sa, a cărei sănătate se agravează pe zi ce trece, și care are manifestări violente nu doar în prezența minorei, dar și față de vecini, oameni străini, afișând în permanență un comportament violent, verbal și fizic. Acesta este motivul pentru care vecina a declarat că nu a anunțat autoritățile competente despre situația minorei: frica de repercursiuni dacă mama lui E.,A. ar fi aflat adevărul.

Doamna I.,C. este de părere că minorei E.,A. îi este în pericol dezvoltarea fizică și psihică dacă va continua să locuiască cu mama sa în aceste condiții.

Starea fizică și psihică a copilului E.,A. în urma evaluării

Cazul copilului E.,A. a fost sesizat Direcției de Asistență Socială Iași de către doamna B.,A., o vecină de bloc, care a declarat că minora în cauză este bătută frecvent de către mamă și supusă unor tratamente neadecvate, neglijată fizic și educațional.

În urma controlului medical s-a constat că minora în cauză prezenta la nivelul corpului (și craniului) urme de lovituri în diferite stadii de vindecare, urme lăsate de dinți în urma mușcăturilor; de asemenea, fetița era foarte slabă pentru vârsta ei și prezenta semne de malnutriție.

Investigarea psihologică a relevat următoarele aspecte:

- minora E.,A. are o inteligență de nivel mediu bună, iar nivelul de informații generale este mediu. (Copilul ar putea avea o eficiență școlară mai bună, dacă ar frecventa permanent școala);
- în ceea ce privește particularitățile socio-afective ale personalității, s-a constatat că starea de spirit a copilului este pozitivă și capacitatea ei de comunicare este bună, la fel și capacitatea de a stabili relații interpersonale;
- E.,A. prezintă o maturizare psiho-socială timpurie din cauza frustărilor afective pe care le-a suportat în mediul familial;
- Este ordonată, sensibilă, curioasă și inventivă.

Pe întreaga durată a evoluării situației sale, fetița E.,A. a dat dovadă de o bună cooperare pentru rezolvarea problemei sale, manifestându-și totodată dorința de a fi apreciată, de a fi iubită și acceptată.

Minora a declarat că este îngrozită de comportamentul mamei față de ea, și crede că o bate pentru că nu o iubește și nu o vrea lângă ea. Fetița a menționat că nu vrea să se mai întoarcă acasă pentru că îi este frică de mama ei. E.,A. dorește să fie preluată de o familie care să-i ofere sprijin și să suplinească părinții.

(Psihologul de la Centrul de Primire în Regim de Urgență este de părere că E.,A. s-ar integra bine într-o familie de asistenți maternali iar acest lucru va avea un impact pozitiv asupra dezvoltării sale).

Evaluarea familiei

Semnificația mediului ambiant trecut și actual

Minora E.,A. este copil unic la părinți și provine dintr-o familie dezorganizată, născându-se în urma unei relații de concubinaj a mamei cu numitul L.,G., care în prezent este decedat. Fetița nu și-a cunoscut niciodată tatăl, deoarece acesta a decedat când ea avea șase luni.

În prezent, fetița locuiește împreună cu mama sa într-o garsonieră dintr-un cartier ieșean, proprietate de stat.

În anul 1997 mama copilului, doamna E.,B. a solicitat internarea copilului într-un centru de plasament, motivând că nu are venituri suficiente pentru a o crește și că urmează să se interneze pentru tratament la un spital de psihiatrie. La acea vreme, mama era șomeră și avea probleme psihice. Deoarece copilul era lipsit de condiții de creștere și educare în familie, s-a luat măsura de ocrotire a acestuia prin internarea la Centrul de Plasament „Primăverii" Iași.

E.,A. a stat în centru aproape patru luni. Într-o zi mama s-a prezentat la centru și a luat-o pe minoră fără să anunțe personalul, pentru a încasa alocația de stat. La insistențele autorităților, mama a adus copilul înapoi, dar peste o săptămână a venit din nou la centru și a luat fetița, fără să o mai aducă înapoi, motivând că este copilul ei, îl iubește și vrea să-l crească ea, nu să-l crească alții.

Mama copilului E.,A. a fost abandonată de părinți când avea patru ani, fiind crescută în unități de ocrotire până la vârsta majoratului.

În prezent starea sănătății sale este deteriorată, prezintă tulburări psihice destul de grave, consumă frecvent alcool și are manifestări agresive, comportament violent. A fost internată la spitalul de psihiatrie „Socola" cu diagnosticul de oligofrenie gradul I cu reacții discomportamentale. Conform certificatului eliberat de Laboratorul de Sănătate Mintală (LSM) doamna E.,B. are intelect de limită, carențe educaționale, tendințe agresive deosebit de periculoase.

În ultimii ani, sănătatea doamnei E.,B. s-a înrăutățit, aceasta devenind deosebit de violentă cu fetița ei, agresând-o zilnic, atât verbal cât mai ales fizic, spunând copilul în mod frecvent la tratamente umilitoare, trimițând-o la cerșit, amenințând-o, lăsând-o zile întregi nemâncată, nelăsând-o la școală.

Copilul este terorizat de către mamă, având de multe ori ajutorul vecinilor pentru a o apăra de furia acesteia.

La începutul lunii aprilie 2002, o vecină a anunțat la Direcția de Asistență Socială Iași faptul că minora E.,A. este abuzată fizic și psihic de mama sa. La intervenția autorităților, mama a declarat că regretă cele întâmplate și că situația nu se va mai repeta. La acea dată nu s-a luat nici o măsură de protecție, deoarece s-a observat o schimbare pozitivă în comportamentul acesteia, cazul rămânând în atenția Biroului de Protecție a Copilului Abuzat.

Abuzul însă a continuat la scurt timp după aceea, până când chiar minora în cauză s-a prezentat la sediul instituției solicitând ajutorul autorităților declarând că este aspru bătută de mamă, neglijată, pedepsită aproape zilnic. (Copilul și-a exprimat dorința de a fi luat din mediul familial, deoarece îi este frică să se mai întoarcă acasă).

Funcționarea actuală a familiei

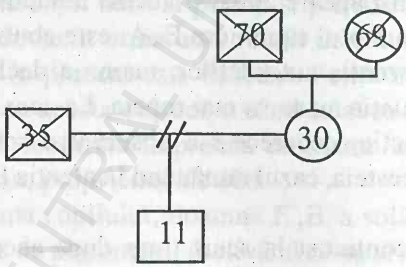
Fetița E.,A. crește în prezent într-o familie monoparentală maternă. Nu are rude apropiate și nici prieteni apropiați (de familie). Datorită problemelor psihice ale mamei și a manifestărilor agresive, a comportamentului recalcitrant al acesteia, familia E. trăiește izolată, neavând relații

de prietenie cu alte persoane (exemplu, vecinii). Fetița, care este în clasa a IV-a, nu are voie să își aducă acasă colege de școală, prietene de joacă, din cauză că mama sa se supără foarte tare și o pedepsește.

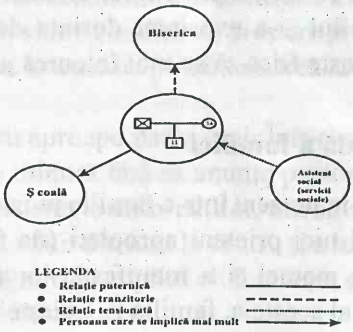
Mama copilului este puțin interesată de rezolvarea problemelor specifice vârstei fetiței. Nu este atașată de copil, nu își exprimă afecțiunea față de minoră și are o relație cu aceasta bazată pe control, agresivitate fizică și verbală, ostilitate etc.

Copilul este supus unui regim abuziv în mediul familial, fiind agresat fizic și verbal, neglijat, trimis la cerșit împotriva voinței sale, iar în ultimul timp mama refuză să o mai lase să meargă la școală, motivând că are probleme de sănătate și că are nevoie de E.,A. pentru a o ajuta în casă.

În urma sesizării situației copilului de către o vecină de bloc și mai apoi la solicitarea fetiței, asistentul social a încercat să stabilească o relație cu mama acesteia, însă aceasta din urmă a refuzat orice colaborare cu asistentul social încă de la început, susținând că nu are nevoie de nimeni care să-i spună cum să-și crească copilul, afișând o atitudine ostilă și necooperantă.



Genograma familiei E.



Ecomapa familiei E.

Nivelul de trai asigurat copilului

Situația materială și financiară a familiei E. este foarte dificilă, posibilitățile materiale fiind foarte reduse, neacoperind cerințele minime pentru un trai decent.

Mama fetiței, doamna E.,B. a lucrat la o asociație de locatari, dar a fost concediată datorită comportamentului recalcitrant și agresiv.

În prezent, sursa de venit a familiei E. este reprezentată de ajutorul social al mamei și alocația de stat a copilului, suma lunară fiind de aproximativ 1.200.000 lei.

Doamna E.,B. nu are resurse suficiente pentru a asigura copilului o alimentație normală, îmbrăcăminte, rechizite și nici pentru a plăti utilitățile (gaz, lumină, asociație etc.). De multe ori, fetița este trimisă la cerșit de mama ei, pentru a aduce bani sau mâncare; chiar dacă E.,A. refuză să facă acest lucru, mama o amenință cu bătaia și că o alungă de acasă.

Din cauza datoriilor acumulate la asociație, familia E. a primit ordin de evacuare din locuință.

Datorită problemelor psihice pe care le are, a lipsei unei calificări, a comportamentului ostil, doamna E.,B. nu își poate găsi nicăieri un loc de muncă, situația ei și a fetiței fiind deosebit de precară din cauza problemelor materiale grave cu care se confruntă.

Din cauza acestor probleme, comportamentul mamei s-a agravat, devenind mult mai violentă cu fetița, bătând-o, neglijând-o, punând-o să cerșească. Lipsa banilor constituie un factor de stres major pentru mama minorei, care îi afectează comportamentul față de copil.

Dificultățile materiale, lipsa condițiilor de creștere și educare a copilului și mai ales tratamentul abuziv al mamei pun în pericol dezvoltarea normală a fetiței E.,A., integritatea fizică și psihică a acesteia.

Dezvoltarea copilului

Minora E.,A. este dezvoltată corespunzător pentru vârsta ei, din punct de vedere fizic însă având o greutate sub media normală pentru vârsta ei.

Sub aspect psihic, fetița prezintă o maturizare psiho-socială timpurie din cauza frustrărilor afective pe care le-a suportat în mediul familial.

Are preocupări în ce privește dezvoltarea sa personală: îi place să citească, este creativă, îi place să învețe, însă acasă nu are condiții corespunzătoare și nici sprijin din partea mamei.

E.,A. are o inteligență de nivel mediu bună, o capacitate de comunicare normală și stabilește ușor relații interpersonale. Îi place să meargă la școală, îi place compania copiilor de vârsta ei. A rămas repetentă în clasa a II-a, datorită problemelor familiale și a faptului că mama nu o lăsa la școală, dar în prezent are rezultate satisfăcătoare. Copilul ar putea avea o eficiență școlară mai bună dacă ar frecventa permanent școala și ar fi ajutat acasă.

Minora este terorizată de atmosfera de acasă și de comportamentul mamei sale. Îi este frică să mai stea cu ea și se simte amenințată în fiecare clipă. E.,A. consideră că mama ei nu o iubește și că îi vrea răul, deoarece nu are grijă de ea, o bate, o trimite la cerșit și nu o lasă să meargă la școală.

Copilul nu are o relație normală de atașament cu mama sa și nu trăiește sentimentul de protecție și speranță pe care ar trebui să îl ofere o familie normală, dezvoltarea sa și integritatea fizică și psihică fiindu-i periclitate de comportamentul abuziv al mamei.

Ce trebuie schimbat în dinamica familiei pentru a preveni abuzul?

Relația dintre fetița E.,A. și mama acesteia nu este o relație normală mamă-fiică, bazată pe afecțiune și înțelegere, ci este una tensionată, dominată de violență, control excesiv din partea mamei, indiferență față de nevoile specifice vârstei copilului, pedeapsă.

În vederea eliminării factorilor de risc care duc la tratamentul abuziv aplicat copilului, trebuie pus accentul pe următoarele aspecte:

- starea de sănătate psihică a mamei (ameliorarea/eliminarea efectelor problemelor psihice ale mamei asupra relației acesteia cu E.,A.);
- îmbunătățirea calității relației mamă-fiică (conștientizarea de aceasta a consecințelor comportamentului abuziv);
- lărgirea rețelei sociale a familiei E. (stabilirea unor relații de prietenie și suport cu persoane din afara familiei: vecini, cunoștințe, colegi de școală ai fetiței);

- acceptarea de către mamă a sprijinului din exterior în rezolvarea situației actuale (cooperarea cu asistentul social, psihologul, medicul etc. în vederea depășirii situației de criză familială).

Planificarea intervenției

Principalul obiectiv urmărit în cazul minorei E.,A. este crearea unui mediu care să ofere siguranță, protecție și condiții adecvate de creștere și dezvoltare, prin îndepărtarea factorilor care au condus la comiterea abuzului.

Obiectivele intervenției pe termen scurt vor urmări:

- scoaterea copilului din mediul familial abuziv și stabilirea unei măsuri de ocrotire temporară;
- acordarea îngrijirilor medicale și psihologice minorei E.,A. în vederea restabilirii echilibrului emoțional și depășirea traumei;
- stabilirea unei relații cu părintele abuzator în vederea identificării și eliminării factorilor care au dus la abuzul asupra copilului E.,A.;
- acordarea de îngrijiri medicale de specialitate mamei fetiței E.,A. prin colaborarea cu instituțiile de profil (spital de psihiatrie).

Obiectivele intervenției pe termen lung vor viza:

- schimbarea mediului de viață maltratant în unul favorabil creșterii și educării copilului;
- reabilitarea minorei în cauză din punct de vedere fizic, psihic, social.

La nivelul inter-instituțional și multidisciplinar al intervenției se va stabili care sunt membrii echipei de intervenție. În acest caz, echipa interdisciplinară va fi formată din: asistent social, psiholog, medic (medic pediatru și medic psihiatric). Membrii echipei interdisciplinare vor colabora atât pe durata intervenției propriu-zise, cât și în perioada evaluării finale a intervenției.

La nivelul individual, intervenția va urmări acompanierea copilului victimă a abuzului în vederea recuperării sale fizice și psiho-sociale, și acordarea de suport terapeutic părintelui abuzator (consiliere etc.).

Intervenția

În cazul copilului E.,A., abuzat fizic și psihic de către mama sa, obiectivul principal și prioritar este schimbarea mediului de viață maltratant în unul favorabil creșterii și educării copilului.

Datorită gravității situației și pericolului în care se află copilul, s-a considerat necesară scoaterea copilului din mediul abuziv și plasarea lui în regim de urgență la Centrul de Primire în Regim de Urgență pe o perioadă limitată, până la clarificarea situației familiale a acestuia.

Principalul obstacol în cadrul intervenției a fost mama minorei E.,A., respectiv părintele abuzator, care încă de la sesizarea copilului a manifestat o atitudine ostilă față de asistentul social, refuzând orice colaborare cu acesta și având un comportamnet agresiv, recalcitrant la adresa specialiștilor. (Mama minorei a refuzat de multe ori să deschidă ușa asistentului social, folosește un limbaj agresiv, injurios și refuză să discute despre fetița E.,A.).

În urma evaluării inițiale și a evaluării situației familiei E., specialiștii Direcției de Aistență Socială au constatat că mediul familial actual în care trăiește minora E.,A. îi pune acesteia într-un real pericol integritatea și dezvoltarea fizică și psihică, având în vedere mai ales menținerea mai multor factori de risc: problemele psihice ale mamei, situația materială precară, lipsa unei rețele sociale (de sprijin), gravitatea și cronicitatea comportamentului abuziv al mamei etc.

Astfel, s-a propus de către specialiștii care au investigat cazul schimbarea deciziei de plasament în regim de urgență în plasarea copilului E.,A. la un asistent maternal profesionist, care să îi asigure copilului un mediu favorabil și o protecție adecvată creșterii și dezvoltării.

Această soluție însă a eșuat, deorece asistentul maternal căruia îi fusese încredințat copilul E.,A. a refuzat să mai țină fetița, declarând că venirea minorei în familie a provocat un conflict între ea și proprii ei copii, care nu au acceptat-o pe fetiță și s-au împotrivit rămânerii ei în familie.

Dată fiind această situație, a fost identificată o altă familie de asistenți maternali, iar fetița a fost pregătită și consiliată în vederea integrării în noul mediu.

În prezent, minora E.,A. se află în plasament la familia de asistenți maternali D., dintr-o comună din județul Iași, unde va sta până va fi posibilă reintegrarea sa familială în condiții de siguranță sau instituirea unei alte măsuri de ocrotire cu caracter permanent.

Etapele intervenției în cazul minorei E.,A.:

1. Scoaterea copilului din mediul familial abuziv și plasarea acestuia în regim de urgență la Centrul de Primire în Regim de Urgență pe o perioadă limitată (15 zile);
2. Acordarea de îngrijiri medicale și psihologice fetiței E.,A. în vederea reabilitării și depășirii traumei suferite;
3. Colaborarea cu spitalul de psihiatrie în vederea internării mamei minorei E.,A. pentru urmarea unui tratament de specialitate;
4. Identificarea unei familii potrivite de asistenți maternali profesioniști și pregătirea acesteia în vederea primirii minorei E.,A.;
5. Plasarea copilului E.,A. la familia de asistenți maternali profesioniști C.;
6. Scoaterea fetiței din familia asistenților maternali C. din cauza neacceptării acesteia de către copiii familiei C. (conflict ce nu a putut fi mediat);
7. Identificarea unei alte forme de asistenți maternali și consilierea acesteia în vederea primirii minorei E.,A.;
8. Consilirea și pregătirea fetiței pentru integrarea în noul mediu familial;
9. Plasarea minorei în cauză la familia de asistenți maternali D., comuna x, județul Iași;
10. Evaluarea periodică a situației copilului E.,A. în urma plasamentului acesteia (bilunar);
11. Monitorizarea copilului o perioadă de 6 luni după finalizarea intervenției.

Evaluarea finală

În prezent minora E.,A. se află în plasament la familia de asistenți maternali D. din comuna x, județul Iași. fetița s-a integrat foarte bine și s-a adaptat repede la noul mod de viață.

Minora are relații puternice, bazate pe înțelegere și afectivitate, cu toți membrii familiei D. (în special cu doamna D.) și trăiește sentimentul de securitate afectivă și protecție în cadrul familiei de plasament.

Din cele constatate de specialiștii care s-au ocupat de caz, cât și de asistenții maternali, minora a progresat vizibil în plan personal și social având un comportament normal pentru vârsta ei. Familia D. a transferat copilul la școala din comună, unde s-a integrat bine în colectiv și are rezultate școlare din ce în ce mai bune, progresând în ceea ce privește educația.

Minora în cauză nu ridică nici un fel de probleme familiei D., iar aceasta este mulțumită de relația cu fetița. Specialiștii care au investigat cazul au constatat că mediul actual de viață al minorei este unul favorabil creșterii și educării acesteia și că prezintă siguranță și protecție pentru E.,A., neexistând riscul producerii abuzului.

Astfel, se menține măsura de ocrotire a copilului în familia de asistenți maternali până la identificarea unei măsuri de ocrotire cu caracter permanent.

Studiu de caz nr. 3

Prezentarea generală a problemei

Copiii C.,A., în vârstă de 6 ani și C.,N., în vârstă de 7 ani locuiesc împreună cu fratele lor, C.,E., în vârstă de 3 ani și cu cei doi părinți într-un cartier ieșean.

În anul 2000, tatăl copiilor a fost arestat pentru furt, primind o sentință de patru ani. Din 2001, mama acestora trăiește în concubinaj cu R.,C., acesta locuind cu mama și copiii.

În perioada convieţuirii cu tatăl biologic al copiilor, cât şi după arestarea soţului, doamna C.,T. (33 ani), mama celor trei copii a refuzat să-şi îndeplinească obligaţiile parentale privind creşterea şi educaţia copiilor, în sensul că aceasta nu asigură nevoile de bază ale copiilor, dar în ultimul timp manifestă şi un comportament agresiv, cu accese de violenţă îndreptate asupra minorilor (asupra fetiţei C.,A. şi a băieţelului C.,E.), pe fondul consumului de alcool.

În perioada următoare venirii concubinului mamei în familie, s-a observat o responsabilizare a acesteia de către concubin în sensul că mama a început să se ocupe cu mai mult interes de igiena şi întreţinerea copiilor şi a casei.

Comportamentul agresiv asupra copiilor a continuat însă, mama apelând deseori la pedeapsa fizică pentru a-i face pe copii să o asculte, intensitatea agresiunilor fizice crescând treptat. Cei doi copii, respectiv fetiţa C.,A. (6 ani) şi băieţelul C.,E. (3 ani) sunt bătuţi frecvent de mama lor, fiind bruscaţi de către aceasta, bătuţi cu pumnii, cu picioarele, uneori cu diverse obiecte contondente.

Mama copiilor are deseori crize de nervi, este o frecventă consumatoare de alcool şi prezintă tulburări de comportament, manifestându-se agresiv faţă de copii, mai ales asupra lui C.,A. şi a băieţelului C.,E.

Cei doi concubini sunt cunoscuţi de vecini ca având probleme cu alcoolul şi că au un comportament iresponsabil faţă de copii.

În ianuarie 2003, o vecină a familiei C. a observat într-o zi că cei doi copii ai familiei C., respectiv C.,A. şi C.,E. sunt plini de vânătăi şi foarte speriaţi, aceştia plângând în faţa blocului. Copiii au spus doamnei M. că au fost bătuţi de mama lor. Îngrijorată de starea în care erau cei doi copii, vecina a alertat organele de poliţie ale secţiei de poliţie din cartier cât şi Serviciul de ambulanţă.

Sesizarea cazului

1. Persoana care a sesizat cazul: angajat al poliţiei (G.,L.)

2. Date de identificare ale copilului:

C.,A. (6 ani), sex feminin

C.,E. (3 ani), sex masculin

3. Date de identificare ale presupusului abuzator: C.,T. (35 ani), mama minorilor.

4. Tipul de abuz reclamat: abuz fizic asupra copiilor

5. Locul unde s-a petrecut abuzul: în familie

6. Instituția unde s-a sesizat abuzul: Direcția de Asistență Socială Iași

Persoana care a sesizat cazul copiilor C. a fos un angajat al Poliției, respectiv domnul G.,L. care, în data de 09.01.2003 s-a prezentat la sediul Direcției de Asistență Socială Iași și a informat personalul instituției că a fost sesizat la rândul său despre doi copii care au fost bătuți foarte grav de către părinții lor (mama). Polițistul a declarat că, la sesizarea unei vecine a copiilor, s-a prezentat la domiciliul acestora și a găsit copiii plângând în fața blocului, speriați și plini de lovituri pe față și pe corp. A anunțat imediat Salvarea, care a transportat copiii la Spitalul „Sfânta Maria", pentru îngrijiri medicale. Cei doi copii au fost internați, fără un reprezentant legal (polițistul a declarat că părinții nu au vrut să-i deschidă ușa acestuia), la Spitalul „Sfânta Maria", secția Urgență, fiind apoi transferați la Clinica I Chirurgie cu diagnosticul „contuzie toraco-abdominală, contuzii multiple la membrele superioare și inferioare, prin agresiune, echimoze la nivelul feței". Un asistent social al Direcției de Asistență Socială, Biroul Protecția Copilului Abuzat a luat legătura cu familia minorilor în cauză, pentru a stabili circumstanțele în care s-a produs abuzul și pentru a evalua situația copiilor și a familiei.

Înregistrarea cazului

Cazul copiilor C. a fost preluat de Direcția de Asistență Socială Iași, Biroul Protecția Copilului Abuzat, în vederea investigării situației copiilor și a familiei și stabilirea unei măsuri de protecție pentru minorii agresați.

Evaluarea inițială

Intervievarea membrilor familiei C. și a persoanelor semnificative

În vederea stabilirii circumstanțelor în care s-a petrecut abuzul asupra celor doi copii și a modului în care membrii familiei C., (cât și alte

persoane semnificative pentru acest caz) percep situația actuală, persoanele respective au fost intervievate de către asistentul social.

Întrebările asistentului social au vizat obținerea unor informații privind următoarele aspecte: ce s-a întâmplat, tipul, gravitatea și cronicitatea abuzului, starea actuală a copilului, relația copilului cu ceilalți membri ai familiei, gradul de violență existent în familie, comportamente nepotrivite, metodele de comunicare din familie, riscul repetării abuzului, siguranța copilului în mediul familial etc.

Cei doi copii agresați (C.,A. în vârstă de 6 ani și C.,E. de 3 ani) au fost întrebați de către asistentul social ce anume s-a întâmplat în familie. Fetița C.,A. a răspuns asistentului social că mama i-a bătut, pe ea și pe fratele ei mai mic C.,E. pentru că se jucau în cameră și făceau gălăgie, iar mama era nervoasă și i-a lovit pe amândoi de mai multe ori. Copilul a declarat că mama i-a bătut cu un băț, i-a lovit cu pumnii, cu picioarele, i-a pălmuit, i-a tras de păr, pe ea și pe fratele ei mai mic, cu toate că ei și-au cerut iertare și au promis că se vor juca în liniște.

Fetița C.,A. a spus asistentului social că nu era prima dată când mama lor îi bate atât de tare, și că acest lucru se întâmplă destul de des, mama acuzându-i că sunt obraznici, fac gălăgie, nu o ascultă, o enervează și că trebuie să-i supravegheze tot timpul.

Copilul a mai afirmat, de asemenea, că mama lor nu are grijă de ei, că uneori nu le dă mâncare, nu se interesează de ei și nu petrece mult timp cu ei (nu se joacă împreună, nu merg în parc etc.).

Întrebată de relația cu tatăl lor vitreg (concubinul mamei), fetița C.,A. a răspuns că „tata ne bate când suntem obraznici", dar acest lucru se întâmplă destul de rar. Copilul a mai menționat că tatăl are grijă de ei mai mult decât mama, le cumpără dulciuri și jucării, însă nu le ia apărarea când mama vrea să îi pedepsească, decât rareori.

În ziua când copiii au fost aduși la spital în urma sesizării Poliției, cei doi copii erau vizibil înspăimântați, plângeau foarte tare și acuzau dureri abdominale și cefalee, erau mereu speriați când cineva din personalul spitalului vroia să pună mâna pe ei. Din comportamentul minorilor se putea constata teroarea la care fuseseră supuși și carențele afective ale acestora, lipsa de încredere, nesiguranța.

În urma discuției cu minorii, asistentul social a constatat că cei doi frați erau supuși frecvent abuzului fizic și psihic de către mama lor, iar nevoile afective și celelalte cerințe pentru o dezvoltare și educare adecvată sunt ignorate în mediul familial, în special de către mamă.

Asistentul social a discutat și cu fratele mai mare al minorilor în cauză, respectiv C.,N., de șapte ani. Acesta a declarat asistentului social că cele afirmate de sora lui, C.,A., sunt adevărate, și că frații săi mai mici au fost bătuți în nenumărate rânduri de către mama lor.

În legătură cu ce s-a întâmplat ultima dată (când frații lui au fost aduși la spital în stare gravă), C.,N. a declarat că „mama a bătut-o pe C,A. pentru că a fost obraznică și neascultătoare".

Copilul a mai spus că el nu a fost bătut de părinți decât o dată, pentru că a ajuns mai târziu acasă decât de obicei.

Minorul a mai declarat că părinții au un comprtament agresiv față de ei, că se manifestă violent în cadrul familiei, consumă frecvent alcool și că, în general, nu au grijă de ei.

Domnul R.,C. (concubinul mamei) a fost și el intervievat de asistentul social al Direcției de Asistență Socială în legătură cu situația actuală a celor doi minori agresați fizic.

Acesta a declarat că mama copiilor a fost cea care i-a bătut pe copii, și că a vrut astfel să-i pedepsească pentru că „au făcut gălăgie și nu au fost ascultători, și astfel au enervat-o". R.,C. a afirmat că el nu este de acord cu pedeapsa fizică aplicată copiilor de către mamă, dar că nu poate interveni foarte mult în relația mama cu minorii, deoarece astfel riscă noi conflicte cu aceasta.

Cu toate acestea, R.,C. a declarat că minorii mint când spun că sunt bătuți frecvent și foarte tare de mama lor, aceasta doar pedepsindu-i uneori când nu se comportă cum trebuie și fac pozne. În legătură cu bătaia gravă aplicată minorilor în ianuarie 2003, R.,C. a declarat că a fost o întâmplare nefericită și că mama copiilor și-a pierdut răbdarea și a făcut o criză de nervi și din acest motiv a lovit copiii, însă amândoi regretă acest lucru și vor să îi ia pe cei doi copii acasă, deoarece îi iubesc foarte mult.

Domnul R.,C. a mai menționat că el a dorit să aibă o familie normală și că dorește să-i crească în bune condiții pe cei trei copii. R.,C. este de

părere că problemele actuale se datorează condițiilor grele de trai, a lipsei locurilor de muncă (pentru el și pentru mama copiilor), toate acestea influențându-le viața de familie.

În urma discuțiilor cu domnul R.,C., s-a constatat că acesta nu este coerent în afirmații și că încearcă să o apere pe C.,T., mama copiilor, de acuzația că își maltratează copiii, și, în același timp, nu recunoaște faptul că și el a agresat fizic copiii de câteva ori.

Asistentul social care a investigat cazul celor doi minori a discutat și cu mama acestora, mama fiind cea care i-a agresat pe cei doi copii.

Doamna C.,T. și-a manifestat regretul pentru ce s-a întâmplat, declarând că și-a pierdut cumpătul și s-a enervat foarte tare pe copii fiindcă nu erau cuminți și a început să-i lovească. Mama copiilor a afirmat că nu a vrut să-i rănească atât de tare și că îi pare foarte rău pentru cele întâmplate, și este îngrijorată de faptul că cei doi minori sunt internați în spital datorită ei.

Mama minorilor a afirmat că îi iubește pe toți cei trei copii și că i-a crescut singură de când tatăl copiilor a fost arestat, și a încercat să-i îngrijească cum trebuie, dar că în ultimul timp are probleme de sănătate care o afectează negativ, cât și probleme de natură materială care o împiedică să se ocupe cu răbdare de copii și să le asigure condiții corespunzătoare de creștere.

Doamna C.,T. a declarat asistentului social că regretă abuzul față de minorii C.,A. și C.,E. (având accese repetate de plâns) și își justifică fapta ca fiind „o rătăcire de moment din cauza neajunsurilor familiei și a faptului că micuții sunt foarte neastâmpărați".

Întrebată de ce nu a dus copiii la spital pentru îngrijiri medicale, mama a răspuns că i-a fost frică „să nu îi ia de la mine și să-i dea la stat".

Mama copiilor și-a exprimat dorința de a merge să stea în spital cu cei doi copii și să-i îngrijească până când aceștia vor putea fi externați și să-i ia acasă. De asemenea, doamna C.,T. a acceptat să colaboreze cu specialiștii în vederea reglementării situației celor doi copii, luându-și angajamentul că fapta nu se va mai repeta.

În urma intervievării mamei celor doi minori agresați, s-a constatat de către specialiști că doamna C.,T. și-a abuzat fizic copiii într-o formă gravă

și acest comportament are caracter repetitiv. Abuzul asupra copiilor se datorează nivelului educațional redus, a gradului de sărăcie în care trăiește familia, consumului frecvent de alcool etc.

Din evaluarea psihologică a mamei rezultă faptul că aceasta prezintă deficiență mintală moderată și tulburări de comportament cu tendințe agresive, pe fondul consumului de alcool.

Astfel, rezultă că mediul de viață actual al minorilor prezintă un grad ridicat de risc pentru integritatea fizică și psihică a copiilor.

Pentru obținerea mai multor informații relevante despre situația copiilor familiei C., a fost intervievată și vecina de palier, doamna M., care a sesizat Poliția după ce i-a găsit pe copii bătuți și plângând afară.

Doamna M. a declarat asistentului social că minorii sunt frecvent bătuți de ambii părinți, mai ales de mamă, sunt îmbrăcați nepotrivit, sunt lăsați singuri mult timp, nu sunt duși la medic niciodată.

Vecina a spus că de multe ori le-a dat copiilor de mâncare și haine, întrucât îi era milă de ei.

De asemenea, doamna M. a menționat că de multe ori a văzut copiii plini de vânătăi pe mâini, pe față și a auzit din apartamentul ei cum plângeau aceștia, dar a ezitat să anunțe autoritățile din cauză că știa că cei doi părinți sunt agresivi și se supără foarte tare când se amestecă persoane străine în familia lor.

Vecina familiei C. a declarat că părinții nu oferă copiilor condiții corespunzătoare de creștere și că aceștia sunt într-un real pericol. Aceasta a declarat că părinții sunt iresponsabili și agresori ai copiilor și că îi interesează doar alocațiile copiilor ca să se distreze și să consume alcool.

Asistentul social a luat legătura cu medicul de la Spitalul „Sfânta Maria" sub supravegherea căruia se află cei doi copii agresați, la cererea acestuia din urmă, care a contactat telefonic Direcția de Asistență Socială și a solicitat asistentului social să vorbească cu el.

În urma discuției cu medicul și din declarațiile asistentelor medicale care au îngrijit copiii și al pacientelor colege de salon a reieșit faptul că, în perioada internării (la cererea acesteia) a mamei cu cei doi copii în spital, mama a manifestat un comportament agresiv în special față de

băieţelul C.,E., lovindu-l cu palma peste cap, izbindu-l pe copil de gresie, trântindu-l în pat şi astupându-i gura cu mâna ca să nu plângă.

Medicul a informat asistentul social că mama nu s-a preocupat de îngrijirea copiilor şi nu a manifestat afecţiune faţă de aceştia, refuzând de asemenea să colaboreze cu asistentele şi doctorii, dorind să externeze copiii cât mai repede.

Medicul pediatru consideră că minorii în cauză sunt în pericol în mediul familial actual şi le este încetinită dezvoltarea.

Starea fizică şi psihică a copiilor în urma evaluării

Minorii C.,A. în vârstă de şase ani şi C.,E. de trei ani au fost aduşi în data de 09.01.2003 la Spitalul de copii „Sfânta Maria" în stare gravă, în urma agresiunilor fizice la care au fost supuşi de mama lor. Copiii au fost internaţi la Secţia I Chirurgie cu diagnosticul „contuzie toracico-abdominală, contuzii multiple la nivelul membrelor superioare şi inferioare (prin agresiune), cât şi la nivelul feţei".

Copiii au fost supuşi unor controale medicale amănunţite, în urma cărora s-au constatat următoarele aspecte:

- copiii prezintă întârziere în dezvoltare, având o greutate şi o înălţime sub media normală vârstei lor;
- prezintă carenţe alimentare (lipsă de vitamine, calciu etc.);
- pe toată suprafaţa corpului copiii prezintă echimoze, cicatrici mai vechi; acuză dureri abdominale, cefalee, greţuri.

Din punct de vedere al stării psihice a celor doi minori agresaţi, aceştia prezintă carenţe afective, emoţionale, au deprinderi de autonomie personală şi socială slab conturate, sunt greu abordabili, introvertiţi.

Copiii sunt vizibil marcaţi psihic de climatul familial agresiv, sunt încordaţi, nu au un sentiment de siguranţă, sunt suspicioşi, au dese accese de plâns, şi cu greu au putut fi consultaţi de specialişti.

Copilul C.,A. (6 ani) a spus doctorilor că acasă sunt bătuţi frecvent, sunt pedepsiţi, mama şi tata ţipă la ei, nu îi lasă să se joace în casă; copilul a mărturisit că îi este frică de mama ei, crede că mama nu o iubeşte şi că vrea ca ea şi fratele ei C.,E. să plece de acasă.

Cei doi copii, respectiv C.,A. și C.,E. au necesitat îngrijiri medicale în spital douăsprezece zile, medicul legist eliberând copiilor certificate medico-legale.

Evaluarea familiei

Semnificația mediului ambiant trecut și actual

Părinții copiilor, respectiv doamna C.,T. (33 ani) și C.,L. (37 ani) s-au căsătorit în 1995. În anul 2000, tatăl copiilor a fost arestat pentru furt calificat, primind o pedeapsă de 4 ani. Copiii au rămas astfel în grija mamei.

Începând din 2001, mama copiilor trăiește în concubinaj cu R.,C. (36 ani), care locuiește împreună cu C.,T. și cu copiii în locuința proprietate personală a mamei.

În perioada conviețuirii cu tatăl copiilor, cât și după arestarea acestuia, mama a refuzat să-și îndeplinească obligațiile părintești privind creșterea și educația copiilor, în sensul că aceasta nu asigură nevoile de bază ale minorilor, dar manifestă și un comportamnet agresiv față de aceștia, bătându-i frecvent din diferite motive.

În perioada imediat următoare venirii în familie a domnului R.,C. (concubinul mamei) s-a observat o responsabilizare a mamei de către acesta, în sensul că mama a început să se ocupe mai intens de întreținerea și creșterea copiilor și de treburile gospodărești, neglijate până atunci. Influențată de concubin, mama și-a asumat responsabilități în ceea ce privește copiii, dar nu le-a asigurat acestora un confort psihic, neavând relații afective normale cu aceștia, ci relații bazate pe control excesiv, pedeapsă, mama având așteptări exagerate față de copii, în raport cu vârsta acestora.

În urma arestării soțului, mama a trebuit să facă față unor dificultăți materiale și financiare pentru creșterea celor trei copii, fapt care a influențat negativ relația ei cu minorii, doamna C. având anumite tulburări de comportament, tendințe agresive și o instabilitate accentuată, cu repercursiuni directe asupra copiilor.

Mama și-a agresat copiii grav și acest comportament are caracter repetitiv, însă aceasta nu consideră bătaia dăunătoare, ci benefică pentru

educarea copiilor. Doamna C.,T. nu conștientizează efectele comportamentului său asupra copiilor, iar concubinul ei, R.,C., nu intervine decât rareori în apărarea copiilor.

În urma venirii lui R.,C. în familie, a avut loc o îmbunătățire a nivelului de trai al familiei C., dar o schimbare negativă în ceea ce privește climatul familial. Cei doi părinți consumă alcool, manifestă tendințe agresive, nu oferă copiilor condiții normale de creștere și dezvoltare etc.

În ianuarie 2003, copiii C.,A. și C.,E. au fost bătuți cu sălbăticie de mama lor și internați de urgență la Spitalul de Copii din Iași. Mama regretă fapta făcută, motivând că și-a pierdut cumpătul datorită neajunsurilor din familie și a neastâmpărului copiilor.

Specialiștii în protecția copilului care au investigat cazul minorilor C. consideră că actualul mediul familial este unul maltratant și pericliteză integritatea și dezvoltarea copiilor.

Funcționarea actuală a familiei

În prezent, cei trei frați locuiesc împreună cu mama lor și cu concubinul acesteia în locuința proprietate personală a mamei.

Nici unul dintre parteneri nu are rude apropiate și nu au nici prieteni apropiați datorită comportamentului recalcitrant al mamei copiilor, dar și a situației lor familiale.

Relațiile interpersonale în cadrul familiei C. nu sunt relații normale părinți-copii bazate pe afecțiune și înțelegere, ci mai degrabă pe control, pedeapsă și supunere.

Relațiile mamei cu copii sunt lipsite de atașament, copiii având un sentiment de teamă față de aceasta. Mama ignoră nevoile individuale de bază ale copiilor și nu își asumă responsabilitatea pentru îngrijirea lor, principala metodă de comunicare cu copiii fiind pedeapsa. Copiii sunt mai apropiați de concubinul mamei, R.,C., care pare mai interesat de situația lor și le acordă mai multă îngrijire decât mama, însă și acesta la rândul său îi bate uneori.

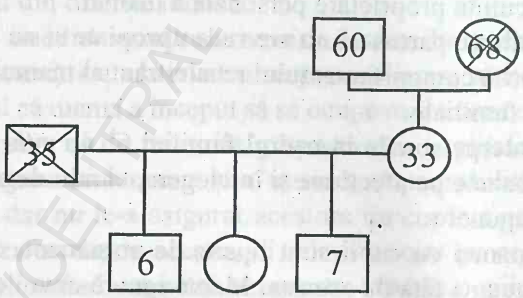
Cei trei minori interrelaționează foarte bine, protejându-se unul pe altul și având relații normale fraterne.

Minorii sunt supuși unui regim abuziv în mediul actual, fiind abuzați fizic și psihic de părinți, neglijați, ultima bătaie primită de copii având drept urmare internarea acestora de urgență la spitalul de copii.

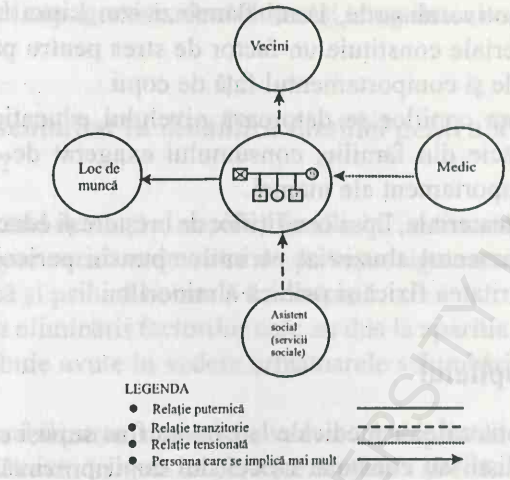
Cei doi părinți s-au arătat dispuși să coopereze cu specialiștii serviciilor sociale în vederea depășirii situației de abuz asupra copiilor, arătându-și regretul pentru cele întâmplate și motivarea pentru schimbare. Cu toate acestea, în urma evaluării realizate, s-a ajuns la concluzia că actualul mediu familial nu prezintă garanțiile privind securitatea copiilor, existând în continuare riscul abuzului asupra copiilor.

Rețeaua socială a familiei C. este săracă, membrii familiei neavând relații pozitive cu vecinii și nici prieteni apropiați, trăind relativ izolați social. Se confruntă cu probleme materiale deosebite, cauzate de lipsa unui loc de muncă, singurul care aduce bani în casă fiind R.,C. care lucrează uneori ca zilier, sunt cunoscuți drept consumatori frecvenți de alcool și nu beneficiază de o imagine pozitivă în comunitate.

Familia C. nu oferă în prezent copiilor condiții adecvate de creștere și educare iar climatul familial actual pune în pericol siguranța și dezvoltarea celor trei minori.



Genograma familiei C.



Ecomapa familiei C.

Nivelul de trai asigurat copiilor

Situația materială a familiei C. este precară, părinții confruntându-se zilnic cu probleme financiare și materiale.

Sursele de venit ale familiei sunt alocațiile celor trei copii, ajutorul social primit de familie în conformitate cu Legea 416, și venitul ocazional al al comcubinului mamei, R.,C. (care muncește uneori ca zilier), suma lunară totală nedepășind 2.500.000 lei.

Familia C. locuiește într-o garsonieră, proprietate personală a mamei, confort II, mobilată sărăcăcios și care îndeplinește minimum de cerințe privind întreținerea copiilor. Spațiul locuit este supraaglomerat, cu trei copii neavând un spațiu pentru joacă și dormind toți trei într-un pat. Condițiile igienice ale locuinței lasă de dorit.

Nevoile de bază ale copiilor sunt neglijate, cei trei minori nefiind alimentați corespunzător, nu au îmbrăcăminte potrivită, nu sunt duși la medic atunci când se îmbolnăvesc etc.

Copiii nu beneficiază în mediul familial actual de condiții decente de creștere și educare. Datorită problemelor materiale cu care se confruntă, comportamentul părinților (în special al mamei) față de minori s-a agravat, aceștia descărcându-și nervii asupra copiilor, care sunt bătuți frecvent,

pedepsiți din motive absurde, lăsați flămânzi etc. Lipsa banilor, a posibilităților materiale constituie un factor de stres pentru părinți, care le afectează relațiile și comportamentul față de copii.

Abuzul asupra copiilor se datorează nivelului educațional redus, a gradului de sărăcie din familie, consumului exagerat de alcool și tulburărilor de comportament ale mamei.

Dificultățile materiale, lipsa condițiilor de creștere și educare a copiilor și mai ales tratamentul abuziv al părinților pun în pericol dezvoltarea normală și integritatea fizică și psihică a minorilor.

Dezvoltarea copilului

- În urma controalelor medicale la care au fost supuși cei doi minori agresați, specialiștii au constatat că cei doi copii prezintă întârziere în dezvoltare, au carențe alimentare și manifestări somatice care indică tratamentul agresiv în familie;
- Din evaluarea psihologică a copiilor în cauză a reieșit că aceștia prezintă carențe afectiv-emoționale, sunt greu de abordat, manifestă nesiguranță și suspiciune;
- Capacitatea comunicațională este redusă, nivelul limbajului fiind prea puțin dezvoltat în conformitate cu vârsta celor doi copii;
- Copiii stabilesc greu relații interpersonale și au un comportament dominant de negativism.

Cei doi minori (C.,A. de șase ani și C.,E. de trei ani) nu au relații normale de atașament cu părinții (și îndeosebi cu mama), sunt lipsiți de sentimentul de siguranță pe care ar trebui să îl asigure familia, părinții ignorând nevoile de bază ale copiilor, privindu-i de condițiile elementare afective și fizice de dezvoltare.

Copiii sunt terorizați de atmosfera din familie și mai ales de comportamentul mamei lor, de care le este frică pentru că îi pedepsește foarte des.

Riscul repetării abuzului asupra minorilor este foarte mare, date fiind problemele familiei care influențează negativ relațiile părinți-copii: dificultăți materiale, consumul de alcool, lipsa relațiilor sociale, compor-

tament cu tendințe agresive, dezvoltarea și integritatea copiilor fiind astfel periclitate.

Ce trebuie schimbat în dinamica familiei pentru a preveni abuzul?

Mediul actual de viață al copiilor familiei C. este unul maltratant, care ridică probleme serioase în ceea ce privește siguranța copiilor și dezvoltarea fizică și psihică normală a acestora.

În vederea eliminării factorilor care au dus la apariția abuzului asupra minorilor trebuie avute în vedere următoarele schimbări în dinamica familiei:

1. responsabilizarea mamei în vederea îndeplinirii obligațiilor parentale care îi revin în ceea ce privește creșterea și educarea minorilor;
2. crearea unei rețele sociale care poate oferi sprijin și modele de comportament pentru părinți (relații pozitive cu vecinii, cunoștințele);
3. îmbunătățirea calității relațiilor părinți-copii (conștientizarea de către aceștia a efectelor comportamentului abuziv asupra minorilor);
4. rezolvarea problemelor legate de consumul de alcool (renunțarea la consumul de alcool prin conștientizarea efectelor asupra comportamentului și a stării de sănătate);
5. colaborarea și acceptarea suportului oferit de serviciile sociale în vederea prevenirii abuzului și îmbunătățirii situației familiale (cooperarea eficientă dintre părinții minorilor și specialiștii în protecția copilului).

Planificarea intervenției

Obiectivul principal urmărit în cazul copiilor C.,A. și C.,E. este schimbarea mediului de viață maltratant în unul care să ofere siguranță și favorabil creșterii și dezvoltării copiilor. În acest sens, prioritățile echipei de intervenție sunt: îndepărtarea factorilor de risc care au dus la apariția abuzului, asistarea copiilor în vederea depășirii traumei pe care au suferit-o și identificarea unei măsuri de protecție care să ofere copiilor siguranță și condiții adecvate de creștere.

Obiectivele intervenției pe termen scurt în cazul copiilor C.,A. și C.,E. sunt:

1. scoaterea copiilor din mediul abuziv și internarea acestora în spitalul de copii, secția urgențe, pentru îngrijiri medicale;
2. evaluarea medicală și psihologică în vederea identificării și tratării efectelor abuzului;
3. stabilirea unei relații pozitive, de colaborare, dintre părinții abuzatori și asistentul social, în vederea identificării unei soluții la situația cu care se confruntă și a eliminării factorilor care au dus la apariția abuzului;
4. terapia familiei (includerea mamei într-un program specializat pentru a beneficia de consiliere și terapie).

Obiectivele intervenției pe termen lung vor viza:

1. schimbarea mediului de viață maltratant într-unul favorabil creșterii, educării și dezvoltării copiilor;
2. reabilitarea minorilor din punct de vedere fizic și psihic, în vederea depășirii traumei.

La nivelul inter-instituțional și multidisciplinar al intervenției în cazul copiilor C. se va stabili echipa de intervenție. Aceasta va fi alcătuită din: medic pediatru, psiholog, asistent social, jurist, care vor colabora pe toată durata intervenției, în funcție de serviciile care vor fi necesare, cât și la evaluarea finală a intervenției. (Coordonatorul echipei de intervenție va fi asistentul social al Direcției de Asistență Socială care s-a ocupat de caz din momentul sesizării).

La nivel individual, intervenția va urmări acompanierea copiilor victime ale abuzului în vederea recuperării fizice și psiho-sociale a acestora, și acordarea de suport terapeutic părinților abuzatori (consiliere).

Cei doi părinți ai copiilor C.,A. și C.,E. s-au arătat dispuși să colaboreze cu specialiștii în protecția copilului în vederea depășirii situației cu care se confruntă și a restabilirii echilibrului familial prin îmbunătățirea calității relației părinți-copii.

Astfel, s-a propus includerea părintelui abuzator (mama) într-un program specializat pentru a beneficia de terapie și consiliere.

Mama copiilor, doamna C.,T. și-a luat angajamentul față de asistentul social să:

- asigure copiilor un mediu familial adecvat, fără conflicte sau atitudini agresive față de copii, în caz contrar aceștia vor fi separați definitiv de familie și se vor începe demersurile pentru decăderea din drepturile părintești;
- să colaboreze cu echipa Direcției de Asistență Socială și să asigure accesul angajaților instituției la domiciliu, în vederea verificării situației copiilor;
- să participe la ședințele de terapie în cadrul Direcției de Asistență Socială după un program stabilit de către psihologul instituției.

Intervenția

Observații generale

Dat fiind faptul că ambii părinți și-au manifestat regretul față de cele întâmplate cu cei doi copii și și-au luat angajamentul că tratamentul abuziv al copiilor nu va mai avea loc, minorii C.,A. și C.,E. au revenit în familia naturală, rămânând însă sub stricta supraveghere a specialiștilor.

La scurt timp însă după revenirea copiilor în familie, părinții acestora nu s-au mai arătat dispuși să colaboreze cu specialiștii și să accepte suportul acestora, manifestând un comportament de respingere și încălcându-și angajamentul pe care și-l luaseră inițial față de membrii echipei de intervenție.

Astfel, după numai două ședințe de consiliere, mama minorilor a încetat să se mai prezinte la întâlnirile cu psihologul, motivând că este „o pierdere de timp" și este de părere că terapia nu o ajută.

De asemenea, asistentul social a fost împiedicat să se intereseze de starea actuală a copiilor deoarece părinții nu deschideau ușa și nu erau de găsit. Vecinii au informat asistentul social că cei doi soți continuă să-i pedepsească și să-i neglijeze pe copii și că atitudinea și comportamentul lor social pare a nu se fi schimbat.

În aceste condiții, membrii echipei de intervenție au considerat că mediul familial în care trăiesc cei trei copii ai familiei C. nu prezintă garanții privind securitatea copiilor și că riscul repetării abuzului este

prezent, din aceste motive menținerea copiilor în continuare în familie nu este indicată.

Dată fiind această situație, s-a propus plasarea de urgență în regim de asistență maternală la o familie de asistenți maternali profesioniști a copiilor C.,A., C.,E. și C.,N., mama minorilor declarând că este de acord ca cei trei copii să fie plasați în asistență maternală sau într-un centru de plasament deoarece acasă nu le poate oferi condiții adecvate.

Etapele intervenției în cazul copiilor C.

- Scoaterea copiilor din mediul familial abuziv și internarea de urgență a acestora în spitalul de copii pentru îngrijiri medicale;
- Evaluarea fizică și psihologică a minorilor în vederea identificării și depășirii efectelor tratamentului abuziv;
- Terapie și consilierea părinților în vederea schimbării comportamentului abuziv;
- Terapie individuală cu C.,A., respectiv C.,E. în vederea depășirii traumei
- Revenirea copiilor C.,A., și C.,E. în mediul familial, cazul rămânând sub supravegherea specialiștilor Direcției de Asistență Socială;
- Scoatarea copiilor din mediul familial și plasarea de urgență a acestora în regim de asistență maternală, datorită reapariției abuzului asupra minorilor și a nerespectării angajamentului de către părinții R.,C. și C.,T.;
- Consilierea și pregătirea copiilor în vederea integrării în noul mediu de viață;
- Terapie pentru părinți-substitut (pregătirea familiei de asistenți maternali în vederea primirii copiilor);
- Începerea demersurilor legale pentru decăderea din drepturile părintești a doamnei C.,T. (mama copiilor) pentru abuz fizic asupra copiilor;
- Evaluarea periodică a situației celor trei copii (lunar).
- Monitorizarea cazului o perioadă de 6 luni după încheierea intervenției.

Evaluarea finală

În prezent copiii C.,A., C.,E. și C.,N. se află în plasament la familia de asistenți maternali B. din Iași. Copiii s-au integrat bine în noul mediu familial și s-au atașat de asistenții maternali și de fetița acestora.

Copiii s-au obișnuit mai greu cu lipsa părinților datorită vârstei lor mici și a faptului că până acum nu au cunoscut un alt mediu de viață, dar grija și afecțiunea asistenților maternali i-au ajutat să treacă de faza despărțirii de părinți și să se adapteze la noul mod de viață.

Din cele constatate în urma evaluării periodice a situației copiilor de către asistentul social a reieșit faptul că cei trei minori au progresat în ceea ce privește dezvoltarea lor fizică, capacitatea de comunicare și relaționare, copiii având achiziții atât pe plan personal, cât și în plan social.

Minorul C.,N. este în clasa I și este încântat de faptul că merge la școală, având rezultate satisfăcătoare.

Cei trei frați au un comportament normal pentru vârsta lor și nu ridică probleme familiei de plasament, având relații pozitive cu toți ceilalți membri ai familiei.

Specialiștii în protecția copilului care s-au ocupat de cazul celor trei frați au constatat că actualul mediu de viață al minorilor prezintă siguranța afectivă și protecția de care au nevoie copiii și că familia de asistenți maternali oferă acestora condiții normale de creștere și educare, mediul familial asigurat de către asistenții maternali fiind unul favorabil dezvoltării copiilor.

În aceste condiții, se propune menținerea măsurii de ocrotire a celor trei copii în familia asistenților maternali până la identificarea unei măsuri de ocrotire cu caracter permanent.

Studiu de caz nr. 4

Prezentarea generală a problemei

Minora D., I., în vârstă de patru ani locuiește împreună cu cei cinci frați și cu părinții ei într-o comună din județul Iași.

Părinții copiilor sunt căsătoriți din 1990, și încă de la începutul căsniciei au existat conflicte intrafamiliale, care cu timpul s-au agravat, ajungând ca violența intrafamilială să devină un mod de viață.

Situația socială a familiei D. este critică: comportamentul agresiv al tatălui vizavi de cei șase copii și de mama acestora se manifestă frecvent și în ultimul timp s-a agravat, datorită consumului de alcool, al educației minime și al gradului mare de sărăcie.

Datorită problemelor materiale cu care se confruntă familia, trei dintre cei șase frați frecventează un Centru de zi din comuna în care locuiesc, iar ceilalți trei (cei mai mici) sunt permanent în familie.

Tatăl copiilor, domnul D.,C., se manifestă violent în cadrul familiei, își agresează frecvent soția și copiii (în special pe cei mici), invocând diverse motive. Când D.,C. nu este sub influența alcoolului, atitudinea tatălui față de familie este indiferentă, de multe ori restrictivă față de cheltuielile legate de alimentare și îmbrăcăminte: orice nevoie a copiilor este respinsă, propriile trebuințe având prioritate.

Agresivitatea tatălui este îndreptată în special asupra mamei și asupra fetiței D.,I. Aceasta este bătută în mod repetat de către tatăl ei, principalul motiv fiind că fetița nu este a lui (D.,C. consideră că soția l-a înșelat și că minora D.,I. nu este copilul lui).

Copiii sunt terorizați de comportamentul tatălui, aceștia plecând de acasă (în vecini etc.) când D.,C. începe să devină recalcitrant și agresiv.

Cei mici însă, D.,I. (4 ani) și D.,L. (3 ani) cad de multe ori victime ale agresivității tatălui, deoarece nu știu să se ferească de acesta.

Mama minorilor, respectiv doamna D.,A. manifestă un real atașament față de copii. Deși este victima abuzurilor repetate ale soțului, nu a făcut demersurile pentru separarea legală de acesta, datorită lipsei banilor și a amenințărilor repetate din partea soțului, însă a depus plângere la Poliție

vizavi de comportamentul agresiv al domnului D.,C. Poliția nu a luat însă nici o măsură înafara unor amenzi pentru tulburarea liniștii publice, lucru care l-a enervat pe tatăl copiilor, devenind mai agresiv față de membrii familiei.

Asistentul social de la Centrul de zi din comuna în care locuiește familia D. a constatat la frații minorei D.,I. (care frecventau centrul) un comportament caracteristic copilului agresat. Îngrijorată, aceasta a demarat un program de monitorizare al familiei copiilor, despre care avea cunoștință că se confruntă cu fenomenul de violență domestică.

Din mai 2003, asistentul social al Centrului de zi din comuna x a urmărit îndeaproape situația familiei D., constatând prezența violenței familiale, la început doar asupra mamei copiilor.

În iunie 2003, într-o vizită efectuată la domiciliul familiei D. de către asistentul social, acesta a constatat că minora D.,I. prezenta echimoze pe față și pe mâini. Mama copiilor a declarat că fetița a fost bătută de tată „venit obosit și nervos de la muncă".

Asistentul social de la Centrul de zi a considerat că minorii sunt în pericol în actualul mediu familial și a anunțat Direcția de Asistență Socială Iași de situația copilului și a fraților ei.

Sesizarea cazului

1. Persoana care a sesizat cazul: asistentul social E.,L. de la Centrul de zi din comuna x, Iași

2. Date de identificare ale copilului: D.,I. (4 ani);

3. Date de identificare ale abuzatorului: D.,C. (47 ani), tatăl minorei;

4. Tipul de abuz reclamat: abuz fizic asupra copilului, abuz emoțional;

5. Locul unde s-a petrecut abuzul: în familie;

6. Instituția unde s-a semnalat abuzul: Direcția de Asistență Socială Iași, Biroul Protecția Copilului Abuzat.

Cazul copilului D.,I. a fost sesizat de către asistentul social al Centrului de zi din comuna x, Iași, centru la care erau înscriși și trei dintre frații minorei în cauză. Asistentul social avea cunoștință de faptul că în familie există violență conjugală și a început să acorde o atenție deosebită

copiilor familiei D., efectuând vizite la domiciliul familiei pentru a observa comportamentul tatălui față de copii.

În data de 3 iunie 2003, asistentul social E.,L. în urma unei evaluări la domiciliul familiei D. a sesizat faptul că minora D.,I., de 4 ani, a fost bătută cu pumnii de către tată, deoarece, după spusele mamei, aceasta i-a mâncat bucata de pâine de pe masă. Copilul prezenta lovituri (vânătăi) pe brațe și echimoze pe frunte și i-a spus asistentului social că a bătut-o tatăl ei.

Asistentul social al Centrului de zi din comuna x a alertat Direcția de Asistență Socială Iași cu privire la situația copilului D.,I., iar un asistent social al Direcției a investigat cazul. Însă cum era primul act de violență al tatălui asupra fetiței, și tatăl și-a arătat regretul spunând că a fost un incident nefericit, dar care nu se va mai întâmpla, nu au fost luate măsuri speciale, cazul rămânând sub atenția Direcției de Asistență Socială Iași. O perioadă de două luni nu au mai fost semnalate abuzuri, însă comportamentul indiferent și lipsa de interes a tatălui pentru creșterea copiilor a rămas neschimbată.

În septembrie 2003, în urma unui conflict major în familie, copiii familiei D. care frecventau centrul de zi au declarat că sora lor, D.,I. a fost bătută crunt de tată și a fost dusă noaptea la spital cu salvarea.

Deși mama copiilor a fost împiedicată de către soț să intervină pentru a interna copilul în spital datorită gravelor leziuni suferite în urma bătăii, aceasta nu a ținut cont de amenințările soțului și a internat-o pe minora D.,I. la Spitalul „Sfânta Maria" Iași. Mama s-a deplasat la spital cu copilul și apoi a sesizat Direcția de Asistență Socială și a solicitat sprijin. Copilul a fost internat cu diagnosticul traumatism cranio-facial 1/3 medie clavicula dreaptă prin agresiune.

Înregistrarea cazului

Cazul copilului D.,I. a fost preluat de Direcția de Asistență Socială Iași, Biroul Protecția Copilului Abuzat, în vederea investigării și evaluării situației minorei (și a fraților ei) și stabilirii unei măsuri de protecție pentru minora în cauză și a necesității intervenției imediate.

Evaluarea inițială

Intervievarea membrilor familiei D. și a persoanelor semnificative

Scopul principal al evaluării este aprecierea existenței vreunui pericol/ risc pentru copil și a gradului de periculozitate a factorilor care pun în pericol dezvoltarea fizică sau/și psihică sau chiar viața copilului.

În acest sens, s-a realizat o investigare atentă a factorilor care au dus la apariția abuzului asupra fetiței D.,I. și a situației familiale.

Astfel, au fost intervievați de către asistentul social al Direcției de Asistență Socială Iași membrii familiei D., asistentul social al Centrului de zi din comuna x, asistentul social al Primăriei comunei x, vecinii familiei D.

Fetița D.,I. a fost prima cu care a stat de vorbă asistentul social.

Datorită vârstei mici a minorei și a insuficientei dezvoltări a vocabularului, aceasta nu a putut să ofere prea multe informații despre ce s-a întâmplat. Minora a afirmat că a fost bătută de tatăl ei pentru că a fost obraznică și a pedepsit-o. De asemenea, copilul a mai spus că tatăl ei a bătut-o și altă dată și că o bate și pe mama ei și o ceartă tot timpul, că este mereu supărat pe ea și pe frații ei.

Datorită comportamentului agresiv al tatălui vizavi de copii, cât și față de mamă (violență verbală și fizică), fetița D.,I. manifestă anxietate față de tată. D.,I. are un comportament anxios datorită faptului că a fost agresată fizic în mod repetitiv de tată, dar și faptul că aceasta a fost martoră la violențele tatălui asupra celorlalți membri ai familiei.

Din discuția purtată cu mama fetiței, doamna D.,A. (33 ani), asistentul social a constatat că aceasta este de mult timp victima agresiunii verbale și fizice ale soțului ei, care este pe zi ce trece mai violent. Mama copiilor a declarat asistentului social că la început agresivitatea tatălui se manifesta doar asupra ei, dar în ultimul timp a devenit violent și cu copiii, în special cu D.,I. (violența asupra celorlalți frați ai copilului este verbală). Doamna D.,A. a afirmat că tatăl fetiței găsește motive pentru a o pedepsi frecvent, neluând în considerare vârsta mică a fetiței și nivelul ei de înțelegere, și niciodată nu are alte alternative de educație decât pedeapsa fizică. De asemenea, mama fetiței consideră că situația lor materială precară este o cauză a violenței soțului, dar și faptul că acesta consumă alcool în mod exagerat îi accentuează agresivitatea. Doamna D.,A. a menționat că soțul

ei este aproape obsedat de ideea că minora D.,I. nu este fiica lui (cu toate că nu are motive să creadă acest lucru) și că din această cauză fetița este victima violenței acestuia, pe ceilalți copii pedepsindu-i foarte rar (îi agresează verbal, îi amenință etc.).

Mama copiilor are un comportament moral decent și manifestă un real atașament față de copiii, făcându-și griji pentru siguranța acestora. Deși este victima abuzurilor repetate ale soțului, D.,A. nu a făcut demersurile pentru separarea legală de soț, datorită lipsei banilor (nu are un loc de muncă) dar și datorită amenințărilor repetate din partea soțului, însă a depus plângeri la poliție vizavi de comportamentul agresiv al numitului D.,C., însă poliția nu a intervenit decât prin aplicarea unei amenzi pentru tulburarea liniștii publice. Înainte ca mama să apeleze la Direcția de Asistență Socială, tatăl și-a mai agersat fetița (D.,I.), însă ea nu a sesizat atunci autoritățile pentru că soțul a amenințat-o cu bătaia. Ultima dată însă, D.,C. a bătut-o crunt pe minora D.,I., deoarece i-a răspuns „nu" la o cerere a acestuia, și a pedepsit-o pentru că nu l-a ascultat. A lovit-o pe fetiță cu pumnii, cu picioarele, a dat-o cu capul de un dulap, până să poată interveni mama copilului, provocându-i multiple leziuni la nivelul craniului, membrelor superioare etc. Deși, din spusele ei, reiese că a fost împiedicată de soț să intervină pentru a interna copilul în spital, mama minorei nu a ținut cont de amenințările acestuia, internând copilul în spital pe data de 13.10.2003.

Din declarațiile mamei făcute asistentului social al Direcției de Asistență Socială Iași reiese faptul că tatăl copiilor are un comportament agresiv față de soție și copii, pe fondul consumului ridicat de alcool și al nervozității excesive. Când D.,C. nu este băut, comportamentul său față de familie este indiferent, restrictiv în ceea ce privește alimentația și îmbrăcămintea pentru copii, este ostil, recalcitrant.

Nu se preocupă de creșterea copiilor și orice nevoie a copiilor este respinsă, propriile lui trebuințe având prioritate. Din spusele mamei reiese că soțul o obligă să îl hrănească întâi pe el, și apoi din resturile rămase să le împartă copiilor. Tatăl nu manifestă atașament față de copii și îi consideră o povară pentru familie.

Mama a spus că a apelat la sprijinul autorităților deoarece nu mai poate suporta regimul abuziv și terorizant al soțului, și se teme pentru

siguranța și integritatea copiilor, deorece soțul ei nu dă semne că ar putea să-și schimbe comportamentul.

Asistentul social al Direcției de Asistență Socială a intervievat și pe frații minorei D.,I., respectiv D.,A. (12 ani), D.,L. (10 ani) și D.,M. (7 ani). Cei trei frați frecventează Centrul de zi din comuna în care locuiesc, deoarece acasă nu au condiții materiale adecvate unei educații corespunzătoare.

Copiii au declarat asistentului social că tatăl lor are un comportament foarte agresiv, este mereu supărat pe ei, o ceartă și o bate frecvent pe mama lor. De asemenea, frații au afirmat că tatăl o pedepsește destul de des pe sora lor cea mică, D.,I., invocând diferite motive: că este gălăgioasă, că nu îl ascultă, iar ultima dată a bătut-o foarte tare pentru că nu i-a adus un ou din frigider.

Copii au menționat că D.,I. este ținta preferată a violenței tatălui și datorită faptului că acesta are impresia că nu este fata lui, lucru neadevărat.

Cei trei frați au spus asistentului social de la Centrul de zi de problemele pe care le au acasă, după ce acesta i-a văzut că sunt deprimați, retrași și nu mai învață ca înainte. Copiii sunt vizibil marcați de atmosfera conflictuală zilnică din familie și au declarat că se tem de tatăl lor, pentru că este aproape mereu în stare de ebrietate și provoacă scandaluri în fiecare zi.

Asistentul social E.,L. de la Centrul de zi din comuna x a fost și ea intervievată de reprezentantul Direcției de Asistență Socială. Aceasta a declarat că familia D. era monitorizată de multă vreme, deoarece avea cunoștință de prezența violenței intrafamiliale, dar numai asupra mamei. În ultimul timp însă s-a constatat că tatăl D.,C. a devenit agresiv cu copiii, în special cu minora D.,I. (4 ani), pe care a bătut-o de câteva ori, fără însă a avea nevoie de îngrijiri medicale. E.,L. a întocmit un referat de constatare a agresiunii și a anunțat Direcția de Asistență Socială Iași.

E.,L. a declarat că la trei luni de la constatarea agresiunii asupra minorei D.,I., tatăl a bătut-o crunt pe fetiță, provocându-i multiple leziuni și traumatisme, aceasta necesitând spitalizare. E.,L. a menționat că tatăl s-a opus internării copilului, deoarece se temea de repercursiuni când se va

afla că el a bătut-o, dar mama nu a ținut cont de amenințările lui și a chemat salvarea.

E.,L. a menționat că minorii familiei D, care frecventează Centrul de zi sunt vizibil marcați de violența familială și sunt terorizați de tatăl lor, care îi amenință mereu și îi pedepsește. De asemenea, copiii nu mai dau randamentul normal la școală, sunt triști și interiorizați.

E.,L. a afirmat că actualul mediu familial al copiilor le periclitează acestora dezvoltarea și integritatea fizică și psihică și consideră necesară intervenția autorităților specializate.

Asistentul social de la Primăria comunei x a fost de asemenea intervievat de asistentul social al Direcției de Asistență Socială în legătură cu situația familiei D. Acesta a declarat că domnul D.,C. este cunoscut în comună ca o persoană violentă, irascibilă, consumator frecvent de alcool, cu probleme de relaționare. Pentru că nu avea un loc de muncă stabil, D.,C. a fost anagajat ca tractorist, la intervenția autorităților locale, dar acesta nu a dovedit seriozitate și a fost concediat. Pentru ca să-și poată crește copiii, familia a fost sprijinită material de autoritățile locale, dar tatăl a vândut lucrurile și a cheltuit banii pe țigări și alcool, soarta copiilor fiindu-i indiferentă.

Asistentul social de la Primăria comunei x este de părere că atmosfera conflictuală precum și nivelul ridicat de sărăcie în care trăiește familia D. reprezintă un real pericol pentru dezvoltarea normală a copiilor.

Tatăl copiilor, domnul V a fost intervievat și el de asistentul social în legătură cu ce s-a întâmplat cu minora D.,I. Acesta a susținut că a pedepsit-o pe fetiță pentru că nu l-a ascultat, și că nu consideră că bătaia primită de minoră i-a pus acesteia viața în pericol. Întrebat de asistentul social de ce s-a opus internării fetiței D.,I. în spital pentru îngrjiri, tatăl a răspuns că dorea ca incidentul să rămână în anonimat.

Domnul D.,C. recunoaște atitudinea sa agresivă, dar o consideră utilă deoarece așa poate menține disciplina în familia sa numeroasă. Tatăl nu conștientizează efectele violenței asupra soției și copiilor și nu pare a fi dispus să-și modifice comportamentul în familie.

D.,C. nu manifestă atașament față de copii și îi consideră o povară pentru familie și nu se preocupă de creșterea și educația acestora. Orice nevoie a copiilor este respinsă, propriile trebuințe având prioritate. Tatăl își agresează frecvent soția și copiii, însă fetița D.,I. și fratele ei D. sunt victimile frecvente ale abuzului. Domnul D.,C. crede că fetița D.,I. nu este copilul lui, acesta fiind unul din motivele pentru care fetița este bătută și pedepsită.

Din cele constatate de asistentul social în urma discuției cu tatăl abuzator, a reieșit că acesta are un comportament agresiv pe fondul consumului de alcool, nu conștientizează consecințele comportamentului său asupra copiilor, are o atitudine indiferentă față de situația acestora (educație, sănătate etc.) și nu este dispus să colaboreze cu asistentul social în vederea îmbunătățirii situației familiale și a relaționării cu copiii.

Starea fizică și psihică a copiilor în urma evaluării

Fetița D.,I. a fost adusă la spitalul de copii de către mama sa, în data de 13.10.2003, în urma bătăii pe care a suferit-o. Copilul a fost diagnosticat cu traumatism cranio-facial 1/3 medie claviculă dreapta prin agresiune, având diverse leziuni pe suprafața corpului.

Psihologul care a examinat copilul a constatat că D.,I. are un comportament anxios datorită faptului că a fost agresată fizic în mod repetitiv de tată, dar și pentru faptul că aceasta a fost martoră la violențele tatălui asupra celorlalți membri ai familiei.

Datorită climatului familial tensionat copilul manifestă o instabilitate afectivă, un comportament anxios, are probleme de relaționare, are reacții impulsive, manifestă nesiguranță și teamă.

Specialiștii care au evaluat starea copilului au constatat că minora este terorizată de tată, este bătută și pedepsită în mod frecvent. Fetiței îi este teamă de tatăl ei, nu vrea să rămână singură cu acesta și nu manifestă un atașament normal tată-fiică.

Fetița este foarte atașată de mamă și frații ei, având relații pozitive cu aceștia; ei sunt cei care o apără pe D.,I. de abuzul tatălui, oferindu-i protecție și afecțiune.

Evaluarea familiei

Semnificația mediului ambiant, trecut și actual

Părinții fetiței D.,I., respectiv doamna D.,A. (32 ani) și domnul D.,C. (43) ani sunt căsătoriți legal de 13 ani și au împreună șase copii, cel mai mare având 14 ani, iar cel mai mic copil 3 ani.

Din cele relatate de mama copiilor, doamna D.,A., au existat conflicte intrafamiliale de la începutul căsniciei (odată cu nașterea primului copil), care cu timpul însă s-au agravat datorită, conform spuselor mamei, consumului de alcool, al gradului mare de sărăcie și al numărului mare de membri ai familiei.

Inițial, agresivitatea tatălui s-a manifestat doar asupra mamei copilului, conflictele fiind dese, dominate de agresiuni fizice și verbale, în special pe fondul consumului excesiv de alcool. Atmosfera familială tensionată și certurile cotidiene la care copiii erau martori i-au afectat foarte mult pe aceștia și le-a creat un sentiment de teamă față de tatăl lor, afectându-le de asemenea și atașamentul față de acesta.

Datorită faptului că domnul D.,C. nu avea un loc de muncă stabil și mama copiilor nu lucra, familia D. a apelat la autoritățile locale pentru a-i sprijini material. Familia a fost sprijinită în acest sens timp de câteva luni, dar tatăl copiilor a vândut majoritatea bunurilor primite pentru a-și procura băutură și țigări.

Deoarece în familie nu aveau condițiile necesare unei bune educații, trei dintre copii (D.,A., D.,L. și D.,M.) au fost înscriși la un centru de zi din comuna în care locuiesc, iar fata cea mai mare (D.,E. în vârstă de 13 ani) locuiește în Iași la mătușa maternă și este elevă la școala specială „Constantin Păunescu".

Domnul D.,C. a început să devină agresiv cu minora D.,I. și să o bată mai des decât pe ceilalți frați după ce a început să îl obsedeze ideea (falsă de altfel) că fetița nu este copilul lui. Cu toate că doamna D.,A. i-a explicat în nenumărate rânduri că se înșeală, tatăl nu s-a convins, abuzurile fizice asupra fetiței crescând ca număr și intensitate. Cu toate că și ceilalți copii erau pedepsiți de tatăl lor, agresivitatea tatălui era îndreptată mai ales asupra minorei D.,I. și asupra mamei, pe care o credea infidelă. Soția era

zilnic amenințată să păstreze tăcerea asupra episoadelor violente ce aveau loc frecvent (la fel și copiii), deoarece domnul D.,C. dorea ca faptele să rămână „în familie", fiind conștient de consecințele faptelor sale (din punct de vedere legal).

Asistentul social de la Centrul de zi din comuna x a aflat de la copiii familiei D. care frecventau centrul de problemele lor familiale și a început monitorizarea familiei D. În perioada monitorizării nu au existat probleme intrafamiliale, dar cazul a rămas în atenția Direcției de Asistență Socială Iași, care primise sesizarea cu privire la situația copiilor D.

În luna septembrie însă, minora D.I. a fost grav bătută de către tată necesitând internare de urgență. Pentru a-și duce copilul la spital, mama a fost nevoită să apeleze la forță pentru a ieși din locuință. După ce a internat fetița la spital, a apelat la sprijinul Direcției de Asistență Socială Iași, prezentându-le specialiștilor situația în care se află și cerându-le ajutorul.

Funcționarea actuală a familiei

În prezent, familia este compusă din 8 membri, respectiv părinții și cei șase copii. Toți locuiesc în aceeași casă din comuna x, cu excepția fetiței D.,E. (13 ani) care locuiește la mătușa maternă la Iași, deorece învață la școala specială „Constantin Păunescu", și vine rar acasă.

Trei dintre copii, care sunt de vârstă școlară (D.,A., D.,L. și D.,M.) frecventează Centrul de zi din comună, deoarece acasă nu au condiții adecvate pentru a învăța și nici resursele materiale necesare.

Relațiile intrafamiliale sunt dominate de conflicte frecvente între cei doi soți, care în ultimul timp s-au agravat ca număr și intensitate, datorită consumului excesiv de alcool și al nivelului ridicat de sărăcie în care trăiesc membrii familiei D. Cu timpul, agresivitatea tatălui a început să se manifeste și asupra copiilor, dar mult mai rar decât asupra mamei acestora.

În ultima vreme însă, minora D.,I. (4 ani) a început să fie victima preferată a agresivității tatălui, principalul motiv invocat de acesta fiind că minora nu este copilul lui (idee falsă) și că este rea și neascultătoare. Ceilalți frați au învățat să se ferească de tatăl lor când este sub influența

alcoolului și devine agresiv (fug, se ascund etc.) și astfel sunt pedepsiți mai rar. Față de minora D.,I. tatăl are o atitudine inexplicabilă, nu este afectuos cu ea, căutând mereu motive pentru a o bate, cu toată împotrivirea mamei.

Cei șase copii și doamna D.,A. sunt puternic marcați de comportamentul violent al tatălui și sunt practic terorizați de acesta. Copiii sunt cei mai afectați de atmosfera familială și de multe ori pleacă de acasă când tatăl începe cearta și se întorc noaptea.

Tatăl nu manifestă atașament față de copii și îi consideră o povară pentru familie, considerând că din cauza lor au dificultăți materiale și financiare.

Domnul D.,C. nu se preocupă de creșterea și educația copiilor și aproape orice nevoie a copiilor este respinsă, propriile trebuințe având prioritate.

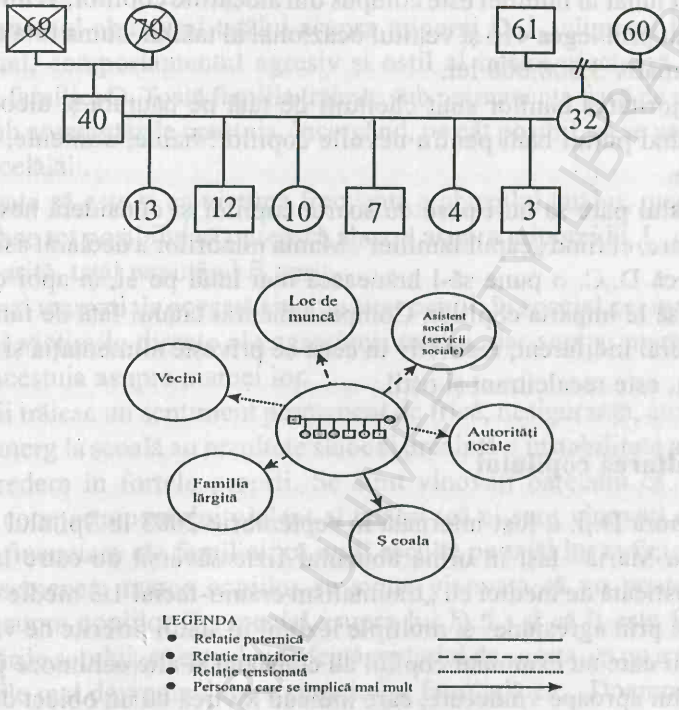
Tatăl copiilor este cunoscut de vecini ca o persoană recalcitrantă și agresivă și preferă să nu aibă nici un fel de relații cu acesta sau cu membrii familiei D., deoarece le este teamă de domnul D.

Domnul D.,C. este cunoscut de către autoritățile locale ca o persoană violentă, consumatoare de alcool, iresponsabilă, dezinteresată de propria familie.

Relațiile copiilor cu mama lor sunt relații pozitive, bazate pe afecțiune, mama fiind foarte atașată de copii și protejându-i pe cât posibil de violența tatălui. Deși este victima abuzurilor repetate ale soțului, mama copiilor nu a făcut demersurile pentru separarea legală de soț (datorită lipsei banilor și a amenințărilor repetate din partea soțului), însă a depus plângeri la poliție vizavi de comportamentul agresiv al acestuia, fără nici un rezultat favorabil.

Mama și cei șase copii sunt puternic marcați de conflictele și violența existentă în familie și consideră că sunt într-un real pericol alături de tată, dacă acesta nu-și va schimba comportamentul.

Genograma familiei D



Ecomapa familiei D.

Nivelul de trai asigurat copilului/copiilor

Familia fetiței D.,I. locuiește într-o casă alcătuită din două camere și o bucătărie, aflată în stare avansată de degradare, foarte modest mobilată și care nu satisface condițiile igienico-sanitare, de întreținere a copiilor. Spațiul mic supraglomerat nu permite copiilor să se joace și să-și facă lecțiile în condiții adecvate. Din această cauză și din cauza dificultăților materiale ale familiei, trei dintre copii frecventează Centrul de zi din comuna x, unde sunt sprijiniți și unde își fac temele.

Veniturile lunare ale familiei D. sunt foarte reduse. Tatăl nu are un loc de muncă stabil, a lucrat ca tractorist doi ani, în urma intervenției autorităților locale, și-a pierdut locul de muncă datorită consumului de

alcool. Mama copiilor nu a fost angajată niciodată și nu are nici un venit. Venitul lunar al familiei este compus din alocațiile copiilor, venitul minim garantat prin legea 416 și venitul ocazional al tatălui, suma totală fiind de aproximativ 3.500.000 lei.

Majoritatea banilor sunt cheltuiți de tată pe băutură și alcool, astfel rămânând puțini bani pentru nevoile copiilor: haine, alimente, rechizite școlare.

Tatălui pare să nu-i pese de soarta copiilor și consideră nevoile sale prioritare, el fiind „capul familiei'. Mama minorilor a declarat asistentului social că D.,C. o pune să-l hrănească mai întâi pe el, și apoi ceea ce a rămas să le împartă copiilor. Comportamentul tatălui față de familie este în general indiferent, restrictiv în ceea ce privește alimentația și îmbrăcămintea, este recalcitrant și ostil.

Dezvoltarea copilului

Minora D.,I. a fost internată în septembrie 2003 la Spitalul de Copii „Sfânta Maria" Iași în urma abuzului fizic săvârșit de către tată, fiind diagnosticată de medici cu „traumatism cranio-facial 1/3 medie claviculă dreaptă prin agresiune" și multiple leziuni în stadii diferite de vindecare. Medicii care au examinat copilul au constatat și alte echimoze pe corpul copilului aproape vindecate, care indicau lovirea cu un obiect dur sau cu pumnul. De asemenea, s-a constatat că D.,I. are anumite probleme organice, legate de alimentația inadecvată, lipsa de vitamine și calciu, și este subdezvoltată din punct de vedere staturo-ponderal.

Din punct de vedere psiho-social, fetița D.,I. manifestă un comportament anxios datorită agresiunilor fizice repetate, dar și pentru faptul că a fost martoră la violențele asupra celorlalți membri ai familiei (mama). Copilul prezintă unele tulburări de natură emoțională, cu accese de plâns, cefalee, durere inexplicabilă (stomac), consecințe directe ale tratamentului abuziv la care este supusă de tatăl său. D.,I. este terorizată de tatăl său, îi este frică de el, nu vrea să rămână singură acasă cu acesta etc.

Medicii și psihologul care au examinat copilul au afirmat că starea generală de sănătate a copilului este grav afectată de comportamentul abuziv al tatălui și că este în pericol dacă va mai rămâne în grija acestuia.

Efectele abuzului asupra celorlalți membri ai familiei

Tratamentul abuziv al tatălui asupra minorei D.,I., climatul familial conflictual, comportamentul agresiv și ostil al tatălui afectează pe toți membrii familiei D. Toată familia trăiește sub permanenta frică de domnul D.,C., sub amenințările acestuia, încercând, pe cât posibil, să se protejeze unul pe celălalt.

Cu toate că este și ea victima frecventă a abuzului tatălui, mama minorilor face tot posibilul să oprească abuzul asupra minorei D.,I., dar fără nici o reușită, tatăl neputând fi oprit.

Cei mai marcați de această situație sunt copiii, în special cei mai mici, care sunt victimile directe ale agresiunii tatălui, dar sunt și martorii violenței acestuia asupra mamei lor.

Copiii trăiesc un sentiment permanent de frică, nesiguranță, anxietate; cei care merg la școală au rezultate slabe și prezintă o instabilitate afectivă și neîncredere în forțele proprii. Se simt vinovați oarecum că ei sunt motivul comportamentului violent al tatălui (că ei sunt vinovați de problemele financiare ale familiei, că nu îl ascultă pe tatăl lor suficient).

De asemenea, mama copiilor se simte vinovată că nu poate stopa abuzul asupra copiilor (în special asupra lui D.,I.) și că îi este frică de amenințările soțului, că este dependentă material de acesta, că nu a anunțat autoritățile mai devreme despre situația lor familială etc. Doamna D.,A. dorește să-i crească pe copii în condiții normale, să le ofere siguranța unei familii, afecțiune, un model de viață normal și să-i protejeze de agresivitatea soțului.

Ce trebuie schimbat în dinamica familiei pentru a preveni abuzul?

În prezent, relațiile interpersonale în cadrul familiei D. sunt încordate și dominate de multiple conflicte cauzate de comportamentul agresiv al tatălui în ceea ce o privește pe fetița D.,I. și pe mama copiilor, respectiv doamna D.,A., membrii familiei fiind supuși în mod frecvent agresivității verbale și fizice, abuzului emoțional, aceștia fiind în permanență amenințați și certați de către tată.

În vederea îndepărtării/eliminării factorilor care au condus la apariția abuzului și a diminuării riscului acestuia sunt necesare anumite modificări în comportamentul și în relațiile dintre membrii familiei, atât al părintelui abuziv cât și al celorlalți membri, un accent deosebit trebuind pus pe următoarele aspecte:

1) îmbunătățirea calității relațiilor dintre cei doi soți;

2) conștientizarea de către tată a efectelor comportamentului agresiv asupra dezvoltării fizice și psihice a minorei D.,I. și celorlalți copii, cât și asistarea la scenele de violență între el și mama copiilor;

3) conștientizarea de către tată a consecințelor consumului de alcool asupra comportamentului său și a sănătății fizice și psihice;

4) îmbunătățirea situației materiale și financiare a familiei prin identificarea unui loc de muncă de către tatăl copiilor;

5) concentrarea ambilor părinți asupra problemelor și nevoilor copiilor și unirea eforturilor pentru a le rezolva;

6) ruperea izolării sociale a familiei și menținerea unor relații pozitive cu vecinii și rudele, autoritățile locale și serviciile sociale;

7) oferirea unui climat familial normal de dezvoltare și creștere pentru copii;

8) identificarea unor metode alternative de comunicare între membrii familiei (care să nu se bazeze pe violență).

Planificarea intervenției

Obiectivul principal în cazul minorei D.,I. îl constituie schimbarea mediului de viață maltratant într-unul favorabil creșterii și dezvoltării psihice, fizice și sociale a copilului, prin îndepărtarea/eliminarea factorilor care au condus la apariția abuzului.

În cadrul intervenției în cazul D.,I. se va avea în vedere conștientizarea abuzului de către membrii familiei (și în special de către tatăl abuzator) și a consecințelor tratamentului abuziv asupra copilului, responsabilizarea persoanelor implicate și semnificative pentru copil și motivarea existentă pentru schimbarea relaționării cu copilul a părintelui abuziv.

Se va urmări, de asemenea, exploatarea resurselor familiale și extrafamiliale care pot constitui un sprijin pentru copilul în cauză, satisfacerea

nevoilor de siguranță, de dezvoltare normală, afective etc. ale minorei D.,I. și ale celorlalți membri ai familiei.

În acest caz, intervenția va fi centrată pe două direcții: juridic (stabilirea unei măsuri de protecție a copilului și stabilirea unei măsuri corective pentru abuzator) și recuperator (centrată pe copil, pe abuzator, pe familie).

În ceea ce privește instituțiile și profesioniștii implicați, echipa de intervenție va fi formată din: asistent social, medic, psiholog, jurist, care vor colabora pe toată durata intervenției, în funcție de necesități și după finalizarea intervenției (în etapa evaluării finale).

La nivelul rețelei sociale se vor identifica și acorda responsabilitățile corespunzătoare persoanelor semnificante din mediul de viață al copiilor (în acest caz persoanele de susținere pentru copil sunt mama și frații mai mari, cu care copilul are relații pozitive bazate pe atașament).

La nivelul individual intervenția va urmări acordarea de terapie individuală și consiliere persoanelor implicate și afectate de situația de abuz, în funcție de necesități.

În urma evaluării inițiale și detaliate a situației familiale a copilului D.,I., s-a constatat că actualul mediu de viață al acestuia este unul dominat de violență, bazat pe autoritate și agresivitate din partea tatălui, care pune în pericol dezvoltarea și integritatea fizică și psihică a minorei și a celorlalți membri ai familiei.

Din discuțiile purtate cu mama copiilor reiese faptul că tatăl nu este dispus să renunțe la comportamentul agresiv și că există riscul perpetuării abuzului, de asemenea, mama și-a exprimat dorința de a divorța de soțul ei.

Având în vedere toate aceste aspecte, prioritățile echipei de intervenție vor fi: îndepărtarea factorilor de risc care au dus la apariția abuzului, asistarea copiilor și a mamei acestora în vederea depășirii traumei pe care au suferit-o și identificarea unei măsuri de protecție care să ofere copiilor siguranță și condiții normale de creștere și dezvoltare.

Obiectivele intervenției pe termen scurt:

1) scoaterea copilului D.,I. din mediul maltratant și internarea acesteia pentru îngrijiri medicale;

2) evaluarea medicală și psihologică a copilului în vederea identificării și tratării efectelor abuzului suferit;

3) obținerea certificatului medico-legal care să confirme abuzul fizic suferit de minoră;

4) stabilirea unei relații pozitive de colaborare dintre părintele non-abuzator și asistentul social, în vederea identificării unei soluții la situația cu care se confruntă și a eliminării factorilor care au dus la apariția abuzului (îndepărtarea părintelui abuzator din familie);

5) terapie individuală cu părintele care oferă copilului suport;

6) terapie individuală cu părintele abuzator;

7) acordarea unui sprijin material mamei pe o perioadă determinată de timp pentru îmbunătățirea condițiilor de creștere a copiilor;

8) oferirea de consultanță juridică gratuită mamei copiilor în vederea începerii demersurilor pentru divorț.

Obiectivele intervenției pe termen lung vor viza:

1. schimbarea mediului de viață maltratant într-unul favorabil creșterii și educării copilului;

2. reabilitarea mamei și a copilului D.,I. (și a fraților acesteia) din punct de vedere fizic și psihic în vederea depășirii traumei.

Intervenția

Domnul D.,C., respectiv tatăl copiilor, a refuzat încă de la începutul intervenției orice colaborare cu specialiștii, considerând că este îndreptățit să-și educe copiii și afirmând că „copiii trebuie să știe de frică și că au tată". De asemenea, tatăl nu conștientizează impactul pe care îl are asupra copiilor atmosfera violentă, scenele agresive dintre el și soție și frica pe care o simt copiii față de el.

Orice sprijin și orice încercare a specialiștilor din echipa de intervenție nu a avut efect asupra schimbării comportamentului domnului D.,C., acesta considerând că nu există posibilitatea de a fi sancționat pentru faptele sale, întrucât este familia lui și poate face orice dorește.

Mama copiilor s-a arătat dornică de a colabora cu membrii echipei de intervenție pentru rezolvarea situației cu care se confruntă familia sa. De asemenea, doamna D.,A. a afirmat că nu mai poate suporta regimul abuziv la care îi supune soțul pe ea și pe copii și este hotărâtă să divorțeze de acesta pentru a-și putea crește copiii în condiții normale, solicitând în acest sens sprijinul autorităților competente.

Având în vedere cele menționate mai sus și că, cel puțin în prezent, mediul familial al minorei D.,I. nu prezintă siguranță și pune în pericol sănătatea și dezvoltarea copilului, s-a propus ca minora în cauză să fie plasată în regim de asistență maternală până la restabilirea unui mediu familial favorabil creșterii copilului și a posibilității revenirii în familia naturală în condiții lipsite de risc.

Pașii intervenției în cazul minorei D.,I.:

1) Scoaterea copilului din mediul familial maltratant și internarea a acestuia de urgență în spitalul de copii pentru acordarea îngrijiri medicale în urma abuzului suferit și plasarea ulterior la Centrul de Primire în Regim de Urgență;

2) Evaluarea medicală și psihologică a copilului în vederea identificării și tratării efectelor abuzului suferit;

3) Realizarea demersurilor necesare pentru obținerea certificatului medico-legal care să confirme abuzul fizic comis asupra minorei D.,I.;

4) Colaborarea cu mama minorei în vederea identificării unei soluții optime în rezolvarea acestei situații;

5) Terapie individuală cu părintele care oferă suport;

6) Sesizarea Comisiei pentru Protecția Copilului cu privire la situația minorei D.,I. și demararea procedurilor pentru decăderea din drepturile parentale ale tatălui;

7) Schimbarea deciziei de plasament în regim de urgență în hotărâre de plasament a minorei D.,I. la asistentul maternal profesionist S.,A. din comuna y (pregătirea copilului D.,I. și a familiei de plasament);

8) Acordarea de consultanță juridică și sprijin moral mamei în vederea începerii demersurilor pentru divorțul de tatăl copiilor;

9) Susținerea materială și consilierea mamei o perioadă de patru luni în vederea creării condițiilor favorabile întoarcerii copilului D.,I. în familia de origine;

10) Reintegrarea copilului în mediul familial după evaluarea exsitenței condițiilor adecvate și al eliminării oricărui risc de repetarea abuzului;

11) Evaluarea situației copilului D.,I. și a fraților acesteia în mod periodic (lunar);

12) Monitorizarea cazului o perioadă de șase luni după încheierea intervenției.

Evaluarea finală

Minora D.,I. a stat o perioadă de șapte luni la asistentul maternal S.,A. din comuna y, timp în care a beneficiat de tratamentul medical și psihologic pentru restabilirea echilibrului emoțional. Copilul s-a integrat relativ ușor în familia de plasament, fiind vizitat periodic de către mamă și frații ei.

După demararea procedurilor de decădere din drepturile parentale, domnul D.,C. și-a abandonat familia și a fugit, în prezent aflându-se în alt oraș și nefiind interesat de situația familiei sale. Mama copiilor, doamna D.,A. a început procesul de divorț de D.,C. și colaborează foarte bine cu specialiștii Direcției de Asistență Socială, dorind să-și aducă fetița acasă cât mai curând.

Datorită eliminării riscului de abuz odată cu plecarea tatălui, minora D.,I. s-a reîntors în familia naturală, unde a beneficiat de protecția și afecțiunea mamei și a fraților. În prezent aceasta manifestă un comportament normal pentru vârsta ei și a depășit cu bine efectele traumei trăite.

În urma reevaluării situației fetiței D.,I., membrii echipei de intervenție au constatat că noul mediu familial al minorei oferă siguranță și nu există riscul de apariție a unor noi abuzuri asupra acesteia. De asemenea s-au identificat modificări pozitive observabile în ceea ce privește dezvoltarea fetiței D.,I. și o îmbunătățire considerabilă a stării generale a copilului, fapt care atestă reintegrarea corespunzătoare a copilului în mediul familial.

În prezent, cazul copilului D.,I. este monitorizat de Direcția de Asistență Socială Iași, iar mama copiilor beneficiază de consiliere privind creșterea copilului, relaționarea cu acesta și de sprijin material pentru crearea unor condiții adecvate pentru creșterea și educarea copiilor.

Studiu de caz nr. 5

Prezentarea generală a problemei

Copilul I.,P., născut în 04.07.1991, locuiește împreună cu părinții săi și cu cei cinci frați în comuna A., județul Iași. Cu toate că are paisprezece ani, băiețelul nu merge la școală, fiind neglijat de către părinții săi atât educațional cât și fizic, precum și bătut de aceștia, dar și de frații lui mai mari, fără un motiv anume.

Părinții copilului, respectiv doamna A.,P. (49 ani) și domnul E.,P. (49 ani) sunt cunoscuți în comuna A. ca frecvenți consumatori de alcool, fără ocupație, cu un comportament antisocial, recalcitranți și părinți irresponsabili.

Cei doi soți au șase copii, cel mai mare fiind de 25 de ani iar cel mai mic de patru ani. Nici unul dintre frați nu muncește, iar trei dintre copii (cei mai mici) sunt neșcolarizați.

Tatăl copiilor, E.,P. este un consumator cronic de alcool și a creat multe probleme familiei, afectând pe membrii acesteia în nenumărate rânduri, în special pe băiețelul I.,P. De asemenea, mama are și ea un comportament agresiv față de minorul I.,P., pedepsindu-l frecvent, lăsându-l flămând zile întregi, îmbrăcat neglijent, pare a fi lipsită de sentimente pentru I.,P. Nici frații mai mari ai copilului I.,P. nu sunt atașați de minor, și aceștia bătându-l frecvent, alungându-l de acasă, frații aliindu-se întotdeauna cu părinții în agresiunile împotriva minorului.

I.,P. este abuzat fizic de către cei doi părinți, neșcolarizat, a fost înfometat intenționat pe motiv că tatăl bănuiește că băiețelul nu ar fi copilul lui.

Vecinii familiei P. au încercat să intervină în ajutorul copilului, dar fără succes, părinții fiind ostili și necooperanți. Vecinii l-au ajutat pe copil când era agresat de părinți, îi dădeau de mâncare și haine (l-au găsit de multe ori pe copil dormind în câmp, izgonit de acasă).

Părinții minorului I.,P. (și frații acestuia) au o părere negativă despre el, considerându-l stupid, obraznic, leneș, mofturos etc., și că este un copil care nu merită să fie iubit de părinții săi.

Vecinii familiei P. au adus la cunoștință asistentului social din cadrul primăriei comunei A. situația minorului I.,P. Acesta s-a deplasat la domiciliul familiei, unde a constatat gradul ridicat de sărăcie și mizerie în care trăiau membrii familiei. Copilul I.,P. a fost găsit de asistentul social al primăriei înfometat, nespălat, îmbrăcat neadecvat; pe cap prezenta numeroase răni, vânătâi (ca și pe restul corpului), nu vorbea deloc și era foarte speriat.

Deoarece ambii părinți au refuzat orice discuție și colaborare cu asistentul social, fiind chiar agresivi verbal, acesta a sesizat Direcția de Asistență Socială Iași despre situația copilului I.,P., solicitând sprijinul specialiștilor respectivi.

Sesizarea cazului

1. Persoana care a sesizat cazul: E.,B., asistent social primăria comunei A., județul Iași

2. Date de identificare ale copilului: I.,P. (13 ani), comuna A., Iași;

3. Date de identificare ale persoanei abuzatoare:

A.,P., 49 ani, mama copilului I.,P., comuna A., Iași;

E.,P., 49 ani, tatăl copilului, I.,P.

4. Tipul de abuz reclamat: abuz fizic asupra copilului, neglijare;

5. Locul unde s-a petrecut abuzul: mediul familial;

6. Instituția la care s-a semnalat abuzul: Direcția de Asistență Socială Iași.

În urma sesizării făcute de asistentul social al primăriei A. în data de 12.02.2003 cu privire la maltratarea copilului I.,P. de către părinții naturali, asistentul social de la Biroul Protecția Copilului Abuzat din cadrul

Direcției de Asistență Socială Iași s-a deplasat în comuna A. la domiciliul familiei P., pentru a constata situația prezentată de lucrătorul primăriei.

Minorul I.,P. a fost găsit dezbrăcat și ascuns după sobă de către mama acestuia, pentru a nu fi găsit de asistentul social. Copilul prezenta numeroase semne și cicatrici la nivelul capului, feței și brațelor, justificate de către mamă ca fiind rezultatul unor loviri accidentale, datorate faptului că I.,P. nu este cuminte și nu ascultă.

Deși copilul are 13 ani, el nu are greutatea și statura corespunzătoare vârstei datorită neglijenței și abuzurilor repetate în familie.

În urma încercărilor de relaționare cu minorul făcute de asistentul social, s-a observat faptul că acesta este timorat, reținut, are o atitudine de respingere față de persoanele prezente și cu o vizibilă teamă față de mamă. Cu toate dovezile existente de maltratare a copilului, din declarațiile vecinilor etc., cei doi părinți au refuzat să recunoască abuzurile asupra copilului, cât și internarea acestuia într-un centru de plasament, fiind recalcitranți.

Datorită faptului că integritatea fizică și psihică a copilului este afectată grav în actualul mediu familial, s-a hotărât internarea acestuia în regim de urgență la Centrul de Primire în Regim de Urgență până la evaluarea și clarificarea situației familiale a minorului.

Înregistrarea cazului

Cazul minorului I.,P. a fost preluat de Direcția de Asistență Socială Iași, Biroul Protecția Copilului Abuzat, în vederea investigării, evaluării situației copilului și a familiei acestuia și în final adoptarea unei măsuri de protecție a respectivului minor, fără a-i fi periclitată dezvoltarea.

Evaluarea inițială

Intervievarea membrilor familiei copilului abuzat

Evaluarea inițială a situației minorului I.,P. a vizat strângerea cât mai multor informații cu privire la starea actuală a copilului, ce anume s-a întâmplat în cadrul familiei, tipul, gravitatea și cronicitatea abuzului suferit, rolul membrilor familiei, relația copilului cu părinții, a copilului cu

frații, persoana abuzatorului, riscul repetării abuzului, dezvoltarea copilului etc.

În vederea obținerii acestor informații, specialiștii în protecția copilului au intervievat toți membrii familiei minorului I.,P. în legătură cu ceea ce s-a întâmplat și care este opinia lor față de această problemă.

Asistentul social a discutat cu minorul I.,P. despre ceea ce i se întâmplă și cum este tratat de către părinți. Minorul a relaționat destul de dificil cu asistentul social, copilul fiind nesigur pe el, timorat, suspicios, cu o frică vizibilă de părinții săi care s-ar putea să îl bată dacă discută cu cineva despre situația lui. Totuși, asistentul social a reușit să obțină de la I.,P. informații cu privire la tratamentul la care este supus în familie.

Astfel, copilul a declarat că este în permanență bătut și certat de cei doi părinți, cât și de frații lui, care nu îl iubesc și îl consideră o povară pentru familie și sursa problemelor și conflictelor. I.,P. a afirmat că este alungat de acasă uneori și că de câteva ori a dormit în cotețul păsărilor sau pe câmpul din apropiere, până l-au găsit vecinii. Copilul a mai menționat că este pedepsit de mamă foarte des, aceasta lasându-l flămând sau fără haine pe el, este certat mereu fără un motiv anume, nu a fost înscris la școală pentru că mama a spus că este prost și că nu va putea învăța.

I.,P. a declarat că cei doi părinți (și câțiva dintre frați) consumă frecvent alcool, se ceartă între ei, se lovesc uneori, se amenință și apoi îl ceartă și pe el sau chiar îl bat.

Copilul este practic terorizat de regimul abuziv din familie și se simte lipsit de protecție și afecțiune. I.,P. a afirmat că își dorește să meargă la școală ca alți copii și că nu mai vrea să fie bătut.

Au fost de asemenea intervievați și frații copilului I.,P. în legătură cu tratamentul abuziv la care este supus copilul. Aceștia au susținut varianta părinților aproape în totalitate, afirmând că I. este un copil rău, care nu ascultă, prost, mincinos, care nu știe nimic. Frații lui I.,P. nu au menționat nimic despre comportamentul abuziv al părinților asupra minorului; ei au afirmat că I.,P. se joacă tot timpul și se lovește des căzând din vina lui.

Frații copilului au recunoscut că părinții se mai ceartă uneori și că îl pedespsesc pe I.,P., dar că acesta este obraznic și că merită să fie pedepsit.

Nici unul dintre frați nu este atașat de minorul I.,P. și consideră cu toții că acesta este sursa problemelor ce apar în familie. Situația fratelui lor le

este indiferentă și o consideră normală, în măsura în care părinții o consideră normală.

Asistentul social a discutat și cu tatăl minorului, respectiv domnul E.,P. Acesta s-a arătat deranjat de intervenția asistentului social, manifestând o atitudine ostilă și refuzând de la început orice colaborare cu acesta. Tatăl susține că I.,P. nu este bătut decât foarte rar și atunci pentru că este obraznic.

Întrebat de proveniența cicatricilor și rănilor de pe corpul minorului, domnul E.,P. a motivat că acesta cade frecvent la joacă și se lovește sau se bate cu alți copii. De asemenea, tatăl a negat că și-ar fi alungat copilul de acasă și că vecinii au spus acest lucru fiindcă îi doresc răul.

Domnul E.,P. a declarat că el știe cel mai bine cum să-și crească copii și că nu dorește să intervină nimeni în familia lui.

Mama minorului a fost și ea intervievată în legătură cu tratamentul aplicat acestuia. Doamna A.,P. a refuzat să recunoască abuzurile asupra copilului și de asemenea, a avut o atitudine ostilă față de asistentul social, refuzând colaborarea cu acesta.

Mama a motivat faptul că I.,P. nu este școlarizat deoarece nu a avut banii necesari și condiții materiale pentru aceasta, dar și că I.,P. nu ar putea face față la școală.

Doamna A.,P. are o părere proastă despre minor și îl consideră incapabil în multe privințe. Copilul este disprețuit de mama sa și desconsiderat, aceasta nemanifestând sentimente de atașament pentru I.,P.

Întrebată de motivul neglijării copilului, mama a afirmat că nu poate oferi alte condiții de creștere minorului decât cele actuale, deoarece posibilitățile materiale ale familiei sunt foarte reduse iar familia numeroasă.

Cei doi părinți sunt total dezinteresați de situația copilului I.,P. și nu conștientizează consecințele comportamentului lor abuziv asupra copilului, și nici neglijarea fizică și educațională a acestuia; nevoile principale ale copilului sunt neglijate și refuzate de părinți, propriile lor nevoi având prioritate.

Abuzul asupra copilului are loc pe fondul consumului de alcool, al gradului ridicat de sărăcie, al nivelului educațional scăzut și al iresponsabilității parentale.

Vecinii familiei P. au declarat asistentului social că minorul I.,P. este bătut frecvent de ambii părinți cât și de frați, alungat de acasă, lăsat nemâncat două-trei zile, îmbrăcat neadecvat și lipsit de orice condiții igienice. De asemenea, vecinii au afirmat că minorul a venit de multe ori la ei cerând de mâncare, iar vecinii l-au găsit de câteva ori în câmp dormind. Aceștia au încercat să discute cu părinții copilului să-și schimbe comportamentul, dar a fost inutil, părinții fiind agresivi și ostili.

Familia P. nu are rude apropiate, decât nașii copilului I.,P. care ar fi dorit să îl ia pe I.,P. să îl crească, dar părinții nu au fost de acord, agresându-i pe nași verbal și amenințându-i. Familia P. trăiește izolată și nu participă la viața comunității.

Starea fizică și psihică a copiilor în urma evaluării

Copilul I.,P. a fost internat în regim de urgență în Centrul de Primire în Regim de Urgență deoarece în mediul familial îi este periclitată dezvoltarea fizică și psihică.

Minorul a fost supus unei evaluări medicale și psihologice amănunțite în vederea depistării și tratării consecințelor abuzului. Astfel, s-a constatat că I.,P. prezintă deficiență mintală moderată (Q.I. = 46), dislalie polimorfă, negativism, carențe educaționale datorită neșcolarizării și neglijării educaționale și tulburări de comportanment datorate traumelor suferite.

Copilul I.,P. prezintă pe toată suprafața corpului și la nivelul capului cicatrici, vânătăi, urme de tăieturi. De asemenea, minorul nu are o greutate și o înălțime conform vârstei sale (13 ani), având o dezvoltare potrivită vârstei de 9 ani.

Din punct de vedere afectiv, minorul prezintă carențe pe plan afectiv-emoțional și comportamental. De asemenea, are deprinderi de autonomie personală și socială slab conturate, ca urmare a neglijării. Este greu abordabil, introvertit, suspicios și necesită consiliere individuală susținută și terapie logopedică, precum și stimulare afectivă.

Specialiștii care au examinat copilul consideră că I.,P. este într-un real pericol dacă va rămâne în actualul mediu familial și au recomandat identificarea unei măsuri alternative de protecție a copilului.

Evaluarea familiei

Semnificația mediului ambiant, trecut și actual

Minorul I.,P. locuiește cu părinții și cu cei cinci frați în comuna A., județul Iași.

Părinții, doamna A.,P. (49 ani) și domnul E.,P. (49 ani) sunt căsătoriți legal din 1976 și au împreună șase copii, dintre care cel mai mare are 25 de ani, iar cel mai mic 4 ani.

Ambii părinți provin din familii dezorganizate, cu probleme sociale pe care aceștia le-au „moștenit", cum ar fi consumul de alcool, gradul mare de sărăcie, lipsa de educație, comportamentul agresiv.

Soții P. sunt cunoscuți în comună ca fiind consumatori cronici de alcool și având un comportament antisocial. În familia P. au loc frecvent conflicte, terminate cu bătăi între cei doi soți sau de ale copiilor.

Minorul I.,P. este victima frecventă a agresiunii celor doi părinți, copilul fiind bătut, neglijat, alungat de acasă, înfometat dar și ținta violenței fraților.

Deoarece nici ei la rândul lor nu au fost școlarizați, părinții minorului au considerat că nu este importantă școala pentru acesta, și nu l-au înscris la școală, preferând să spună că I.,P. nu este suficient de inteligent ca să facă față la școală.

Părinții au o atitudine față de minor care oscilează între neglijarea fizică, educațională, afectivă a acestuia și abuzul fizic grav și încercarea îndepărtării copilului de familie (amenințări, izgonirea de acasă etc.)

Frații băiețelului I.,P., și ei la rândul loc abuzați emoțional de părinți, s-au aliat cu aceștia din urmă și au început să-l victimizeze pe minorul I. și să-l considere „țapul ispășitor" pentru majoritatea problemelor familiei.

Copilul I.,P. nu are o persoană care să îl protejeze și să-i ofere afecțiune, siguranța și dezvoltarea fizică și psihică a minorului este periclitată în mediul familial.

Funcționarea actuală a familiei

În prezent, familia P. numără opt membri, părinții și cei șase frați care locuiesc împreună. Familia nu are rude apropiate, majoritatea fiind decedate, și nici unul dintre copii nu este căsătorit.

Datorită consumului excesiv de alcool și a comportamentului agresiv, familia P. trăiește izolată de comunitate și nu are relații apropiate nici măcar cu vecinii.

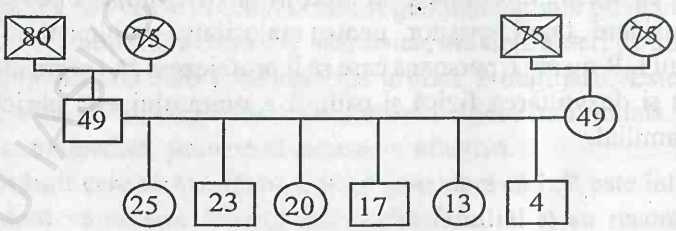
Relațiile intrafamiliale sunt dominate de tensiuni și conflicte frecvente pe fondul consumului de alcool, atât între cei doi soți, cât și între părinți și copii sau între frați. Victima preferată a membrilor familiei este copilul I.,P. (13 ani), care este abuzat frecvent de părinți și chiar de către frații săi.

Copiii cei mai mari, respectiv C.,P. (25 ani) și D.,P. (23 ani) au adoptat modelul comportamental al părinților și își exercită autoritatea asupra fraților mai mici în special asupra lui I.,P.

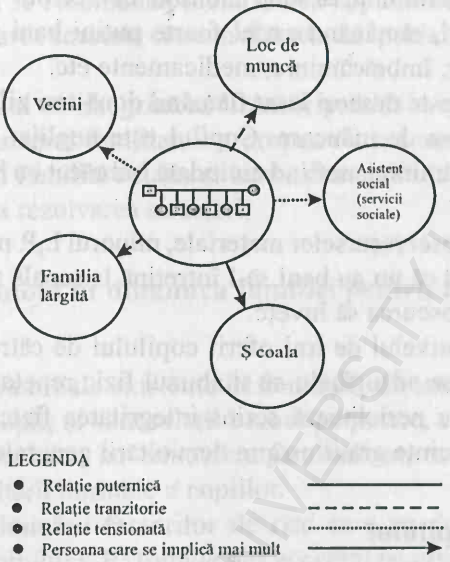
Relațiile dintre membrii familiei sunt bazate pe putere, control, pedeapsă, și sunt dominate de violență verbală și fizică. Nevoile de bază ale copiilor mici sunt neglijate, părinții având propriile priorități și nevoi.

Nici unul din frați nu a fost școlarizat (cu excepția lui C.,P.) și nici unul dintre părinți sau din copiii mari nu au loc de muncă stabil, singura lor ocupație fiind lucrarea pământului în arendă, lucru care însă nu le asigură nici măcar strictul necesar.

Membrii familiei P. nu frecventează biserica și nici nu participă la activitățile comunității, aceștia automarginalizându-se și fiind totodată excluși din viața comunității, având o poziție defavorabilă.



Genograma familiei P



Ecomapa familiei P.

Nivelul de trai asigurat copilului

Cei opt membri ai familiei P. locuiesc împreună într-o casă proprietate personală, formată din două camere şi un hol, nemobilate corespunzător, condiţiile de locuit fiind precare, iar camerele insalubre, cu o igienă necorespunzătoare, mobilă improvizată.

Spaţiul este supraaglomerat şi nu oferă condiţii decente pentru copii, aceştia neavând suficient loc pentru a dormi sau pentru a-şi amenaja un spaţiu de joacă, fiind nevoiţi să stea mai mult afară.

Venitul lunar al familiei P. este total insuficient pentru nevoile membrilor familiei. Acesta este compus din alocaţia de stat a copilului cel mai mic (G.,P., 4 ani), ajutorul social şi câştigurile ocazionale ale tatălui şi fraţilor mai mari, suma totală lunară fiind de aproximativ 4.000.000 lei.

Majoritatea banilor însă sunt cheltuiți de cei doi părinți pe băuturi alcoolice și țigări, rămânând astfel foarte puțini bani pentru alimentele necesare copiilor, îmbrăcăminte, medicamente etc.

Minorul I.,P. este deseori lăsat flămând două-trei zile pentru că mama nu are ce să-i dea de mâncare. Copilul este neglijat și din punctul de vedere al îmbrăcămintei, nefiind niciodată îmbrăcat cu haine potrivite sau curate.

Tot datorită lipsei resurselor materiale, minorul I.,P. nu a fost școlarizat, părinții motivând că nu au bani să-l întrețină la școală și că, oricum, I.,P. nu se va putea descurca să învețe.

Condițiile și nivelul de trai oferit copilului de către părinții săi sunt precare, la acestea adăugându-se și abuzul fizic repetat și neglijarea minorului, fapt care periclitează serios integritatea fizică și psihică a copilului, cu consecințe grave asupra dezvoltării generale a acestuia.

Dezvoltarea copilului

În urma evaluării medicale și psihologice a copilului I.,P. de către specialiștii care au investigat cazul s-a constatat că minorul prezintă o întârziere în dezvoltare, având dezvoltarea specifică unui copi de 9 ani, atât în ce privește înălțimea și greutatea, dar și alte aspecte organice.

De asemenea, s-a constatat că I.,P. prezintă o deficiență mintală moderată (Q.I. = 46), dislalie polimorfă, tulburări de comportament ca urmare a abuzărilor suferite, precum și carențe educaționale ca efect al lipsei școlarizării, dar și a neglijării educaționale în mediul familial. Copilul prezintă deprinderi de autonomie personală și socială slab conturate, negativism, neîncredere în persoanele din jur, anxietate.

Din punct de vedere psiho-afectiv, copilul prezintă carențe în plan afectiv-emoțional și comportamental, este introvertit, relaționează deficitar, este greu abordabil.

Copilul prezintă interes pentru desen, activități ludice și sport.

Psihologul care a examinat copilul a recomandat pentru I.,P. un program de recuperare individualizat, terapie logopedică precum și o consiliere individuală susținută și stimulare afectivă.

De asemenea, se recomandă școlarizarea copilului începând cu noul an școlar și orientarea acestuia către învățământul special pentru deficienții mintali.

Datorită faptului că integritatea fizică și psihică a copilului I.,P. este grav afectată în mediul familial, s-a propus de asemenea scoaterea copilului din mediul familial abuziv și internarea acestuia într-un centru de plasament până la rezolvarea situației.

Ce trebuie schimbat în dinamica familiei pentru a preveni abuzul?

Relațiile intrafamiliale existente în familia P. nu sunt relații normale, pozitive părinți-copii, ci sunt relații bazate pe putere, control, pedeapsă, constrângere, autoritate, iar atmosfera familială nu este una favorabilă creșterii și dezvoltării normale a copiilor.

În vederea eliminării factorilor de risc care au dus la tratamentul abuziv asupra copilului I.,P., trebuie pus accentul pe următoarele aspecte:

1) conștientizarea abuzului de către toți membrii familiei și existența motivării pentru schimbare;

2) realizarea de către părinți a diferenței pe care o fac între copii și a victimizării minorului I.,P.;

3) conștientizarea modelului comportamental negativ pe care îl oferă copiilor și pe care aceștia îl pot adopta sau l-au adoptat deja;

4) conștientizarea de către părinți a efectelor abuzului și neglijării asupra dezvoltării minorului I.,P.;

5) realizarea efectelor nocive ale consumului de alcool asupra relației cu copiii și asupra sănătății;

6) lărgirea rețelei sociale și participarea activă la viața comunității locale (ruperea izolării sociale);

7) conștientizarea rolului educației în dezvoltarea copiilor și pentru viitorul acestora;

8) identificarea unor metode non-violente de comunicare și relaționare între membrii familiei;

9) îmbunătățirea nivelului de trai prin identificarea unor metode de creștere a veniturilor familiei (locuri de muncă pentru părinți etc.).

Planificarea intervenției

Principalul obiectiv urmărit în cadrul intervenției în cazul copilului I.,P. îl constituie crearea unui mediu propice de dezvoltare a minorului prin îndepărtarea /eliminarea factorilor care au dus la apariția abuzului.

În acest sens, prioritățile echipei interdisciplinare de intervenție sunt: îndepărtarea factorilor de risc care au dus la apariția situației de maltratare, asistarea copilului în vederea depășirii traumei pe care a suferit-o și identificarea unei măsuri de protecție care să ofere copilului siguranță și condiții adevărate de creștere și dezvoltare.

Obiectivele intervenției pe termen scurt în cazul copilului I.,P. sunt:

- scoaterea copilului din mediul maltratant și internarea acestuia în regim de urgență la Centrul de Primire în Regim de Urgență până la evaluarea situației existente:
- evaluarea medicală și psihologică a minorului în vederea identificării și tratării consecințelor abuzului suferit;
- realizarea unui program de recuperare individualizat cu I.,P. (terapie logopedică, consiliere individuală susținută, alfabetizare);
- identificarea unei măsuri permanente alternative de protecție a minorului I.,P.

Obiectivele intervenției pe termen lung vor viza:

schimbarea mediului de viață maltratant într-unul favorabil creșterii, educării și dezvoltării copilului;

reabilitarea minorului I.,P. din punct de vedere fizic, psihic și social în vederea depășirii traumei abuzului.

Planificara intervenției va urmări de asemenea:

la nivel inter-instituțional se va stabili echipa multidisciplinară de intervenție. În acest caz, echipa de intervenție va fi alcătuită din: asistent social, psiholog, medic, logoped, educator, jurist;

la nivel individual, intervenția va urmări acompanierea copilului-victimă a abuzului în vederea recuperării fizice și psiho-sociale a acestuia și acordarea de suport terapeutic părinților abuzatori (consiliere).

Intervenția

În cazul copilului I.,P., obiectivul principal al intervenției este schimbarea mediului de viață maltratant într-unul favorabil creșterii, educării și dezvoltării minorului.

Datorită gravității situației și pericolului în care se află minorul I.,P. în mediul familial actual s-a considerat necesară scoaterea copilului din familie și internarea acestuia de urgență în Centrul de Primire în Regim de Urgență.

Principalul obstacol în calea intervenției l-au constituit cei doi părinți ai minorului care au refuzat să recunoască abuzurile asupra copilului și de asemenea, au refuzat să colaboreze cu specialiștii în protecția copilului, declarând că nu au nevoie de alte persoane care să le spună ce trebuie să facă în propria familie și cum să-și crească copiii.

În urma evaluării inițiale și a situației familiale a minorului I.,P. s-a constatat că mediul familial actual în care trăiește acesta îi periclitează sănătatea și dezvoltarea fizică, psihică și socială și nu îndeplinește condițiile minime de trai, nevoile de bază ale copilului fiind grav neglijate.

Astfel, se propune schimbarea deciziei de plasament în regim de urgență în internarea copilului într-un centru de plasament unde nevoile speciale ale copilului vor fi respectate și unde există condiții adecvate de educare și îngrijire, până la identificarea unei măsuri permanente de ocrotire a copilului.

Etapele intervenției în cazul minorului I.,P.:

1) Scoaterea copilului din mediul familial abuziv și internarea a acestuia de urgență într-un Centrul de Primire în Regim de Urgență;

2) Evaluarea medicală și psihologică a copilului în vederea identificării și tratării traumelor suferite în urma abuzului;

3) Schimbarea deciziei de urgență în decizia internării copilului într-un centru de plasament pentru copii cu nevoi speciale;

4) Includerea copilului într-un program de recuperare individualizat, care va presupune: terapie logopedică, consiliere individuală susținută, alfabetizare;

5) Începerea demersurilor pentru decăderea din drepturile părintești a celor doi părinți pentru rele tratamente aplicate minorului (conform art. 109 – Codul familiei);

6) Identificarea unei măsuri de ocrotire permanentă a copilului I.,P.

Evaluarea finală

În prezent, minorul I.,P. se află internat la un centru de plasament din Iași, unde beneficiază de toate condițiile necesare unei creșteri și dezvoltări normale și unde nevoile sale speciale sunt luate în considerare.

Copilului s-a integrat repede în noul mediu de viață, având o evoluție satisfăcătoare. Starea generală a minorului I.,P. s-a îmbunătățit vizibil, acesta trecând treptat de la o atitudine de negativism la o atitudine de acceptare a celor din jur. Relaționează relativ bine cu alți copii și personalul centrului și prezintă achiziții în plan comportamental, fizic și educațional.

I.,P. a fost inclus într-un program de recuperare individualizat și progresează vizibil. De asemenea, minorul a fost înscris în învățământul special pentru deficienți mintal și urmează să înceapă școala din toamna 2004.

Specialiștii care au evaluat starea copilului după internarea acestuia în centrul de plasament au constatat că acesta a depășit relativ bine trauma suferită în urma maltratării și că actualul mediu de viață are o influență favorabilă asupra dezvoltării generale a minorului.

În prezent, se încearcă identificarea unei măsuri permanente de ocrotire a copilului I.,P., care să-i ofere acestuia protecție și respectarea nevoilor sale specifice.

Concluzii

Abuzul fizic asupra copilului este întâlnit frecvent în mediile familiale din societatea românească și de cele mai multe ori nu este conștientizat de părinții (abuzatori) ca fiind un act ce pericliteză dezvoltarea (și chiar viața) copilului, ci este considerat o metodă educativă, disciplinatorie care dă rezultate și care este la îndemâna părinților.

Cele mai frecvente cauze ale abuzului fizic asupra copilului în mediul familial pe care le-am întâlnit în investigarea cazurilor prezentate au fost în mare parte aceleași:

- nivelul educațional scăzut al părinților;
- consumul exagerat de alcool de către părintele abuzator (sau de ambii părinții);
- lipsa locului de muncă, nivelul de trai scăzut, lipsa mijloacelor financiare;
- manifestarea unor stări depresive/boli pssihice ale părintelui abuzator;
- manifestarea violenței maritale în cadrul familiei cu implicarea copiilor și apariția abuzului ;
- caracteristicile copilului – victimă care „încurajează" comportamentul abuziv al părinților.

În toate cele cinci cazuri studiate, abuzul fizic asupra copilului coexistă cu neglijarea fizică, emoțională, medicală, educațională a acestuia, precum și cu abuzul emoțional asupra copilului, toate aceste forme de rele tratamente manifestându-se la un nivel foarte ridicat, având caracter repetitiv și necesitând o măsură de protecție urgentă a copilului abuzat.

Părinții nu conștientizează consecințele imediate dar și pe termen lung ale tratamentului abuziv asupra copilului și rămân „fideli" disciplinării fizice/violente a copiilor și a pedepselor fizice, neluând în considerare existența unor metode alternative. Lipsa unei legături de atașament părinți-copil are de asemenea un rol decisiv în ceea ce privește abuzul fizic.

În majoritatea cazurilor studiate, părinții abuzatori au refuzat colaborarea cu serviciile sociale și intervenția specialiștilor în protecția copilului, negând faptul că își abuzează copiii sau fiind ferm convinși că atitudinea lor este eficientă.

Aproape toate formele de intervenție au constat în scoaterea copilului din mediul familial abuziv și încadrarea acestuia într-o formă de protecție temporară, cum ar fi asistența maternală sau instituțiile de tipul centrului de plasament, în majoritatea cazurilor fiind aproape imposibilă reintegrarea copilului în familia naturală în condiții normale (lipsite de risc).

În prezent, intervenția în cazul copilului abuzat prezintă numeroase carențe, specialiștii în protecția copilului confruntându-se cu multe obstacole, de la lucrul cu familia abuzatoare până la golurile din legislația în domeniu, care nu oferă specialiștilor un cadru legislativ ferm și adecvat cu privire la protecția copilului maltratat.

De asemenea, decizia decăderii din drepturile parentale ale părinților abuzatori este cea mai frecventă măsură de „protecție" a copilului (sau așa este percepută), și este aplicată în prezent cu o ușurință care ar trebui să ne pună pe gânduri cu privire la viitorul familiei în societatea românească. Astfel, se impune cu necesitate identificarea unor modalități eficiente de intervenție și mai ales de prevenire a abuzului asupra copilului și îndreptarea atenției specialiștilor asupra lucrului cu familia în vederea schimbării comportamentului părinților, conștientizarea efectelor abuzului asupra copilului și cooperarea cu serviciile sociale în vederea schimbării și creării unui mediu familial favorabil îngrijirii și dezvoltării normale a copilului.

BCU IASI CENTRA UNIVERSITARA

Cap. VIII - Percepția ieșenilor asupra cauzelor violenței asupra copilului

Microcercetarea de față își propune să investigheze percepția asupra fenomenului violenței domestice, în particular violența asupra copilului, în rândul locuitorilor cartierului Tătărași din Municipiul Iași.

Cercetarea s-a realizat prin chestionar, aplicat unui număr de 22 persoane din cartierul Tătărași Municipiul Iași. Eșantionarea a avut la bază un sistem de cote privind ponderea populației pe sexe și vârstă, nivelul de studii.

S-a plecat de la următoarele ipoteze:

Există o corelație inversă între manifestarea unor fenomene de Violența asupra copilului și nivelul de educația a părintelui abuzator, în sensul scăderii riscului de violență asupra copilului , în funcție de nivelul educațional al părinților.

Riscul manifestării unor fenomene de violență asupra copilului se manifestă mai *crescut la părintele de sex masculin* decât la cel de sex feminin.

Există o corelație inversă între nivelul de trai al unei familii și riscul de violență asupra copilului în acea familie.

Există o corelație directă între consumul de alcool și riscul de violență asupra copilului.

S-au analizat cauzele violenței domestice așa cum sunt ele percepute de la nivelul subiectiv.

Presupozițiile teoretice sunt:

Există și este percepută de subiecți o corelație directă între starea de echilibru psihic a subiectului și riscul de a manifesta conduite violente asupra copilului. (Modelul medical)

Există și este percepută de subiecți o corelație directă între modelul familial în care individul s-a socializat, și riscul de violență domestică asupra propriului copil. (ipoteza transmiterii intergeneraționale a violenței domestice)

Este percepută existența unei corelații între nivelul violenței în familie și formarea atașamentului copilului, în sensul că o familie în care se manifestă un comportament rigid.

Semnificația variabilelor operaționalizate pe întrebări este următoarea:

Intrebarea nr. 1

În cadrul acestei întrebări s-a urmărit identificarea subiectului respondent prin stabilirea sexului, vârstei, studiilor, ocupației, numărului de copii pe care acesta îi are și a vârstei lor.

Întrebarea nr. 2

Variabilele evidențiate la punctul doi din perspectiva eco-sistemică asupra familiei evidențiează percepția individului asupra cauzalității fenomenului abuzului și a relațiilor dintre sistemele familiale disfuncționale și fenomenul abuzului asupra copilului.

Întrebarea nr. 3

Tendința de personalizare a acestei întrebări urmărește evidențierea unui posibil risc de violență asupra copilului în familia subiectului intervievat, pe de o pate, iar pe de altă parte acceptarea fenomenului și raportarea la acesta indiferent de teoria cognitivă acceptată. Întrebările

vizează o gradație de la „nu mi-am lovit niciodată copilul" la „consider că din când în când trebuie să primească o bătaie ușoară". Crescător, gradația apare în felul următor: (f), (a), (e), (b), (c), (d).

Întrebarea nr. 4

Din perspectiva transmiterii intergeneraționale a abuzului în familie, întrebarea nr. 4 vizează date cu privire la propriul istoric familial al subiectului. Gradarea începe de la varianta „nu am luat nici măcar o palmă", terminând cu „am fost bătut frecvent de părinții mei", gradarea fiind (a), (b), (c), (d).

Întrebarea nr. 5

Este o întrebarea deschisă, supusă analizei calitative, urmând să identifice eventualele traume generate subiectului de abuzul la care a fost supus în copilărie.

Întrebarea nr. 6

Această întrebare urmărește să evidențieze corelația dintre nivelul veniturilor familiei și opțiunea sau tendința de manifestare a violenței asupra copilului, gradarea fiind de la (a) la (c), începând cu „nu avem suficiente resurse și aceasta este o problemă" până la „veniturile familiei mele sunt peste medie".

Întrebarea nr. 7

Întrebarea nr. 7 urmărește identificarea percepției unei corelații între consumul de alcool și violența în familie, cu gradarea (a), (b), (c), (d) constituind non-răspuns.

Întrebarea nr. 8

Această întrebare urmărește să sesizeze raportarea subiectului la fenomenul educației și asupra rolului familiei în sistemul educațional. Astfel individul poate plasa sarcina educației exclusiv asupra școlii, (a), exclusiv asupra familiei, (d), asupra școlii și societății, (c), sau ca rezultat al unei corelații armonioase între educație în familie și în școală, (d).

Întrebarea nr. 9

Întrebarea respectivă vrea să identifice poziția individului față de pedeapsa fizică, constituind de fapt o întrebare de control împreună cu întrebarea nr. 10.

Întrebarea nr. 11

Este o întrebare deschisă, personalizată, supusă analizei calitative, de conținut, care cere subiectului continuarea unei anumite fraze. În fapt este un test proiectiv care urmărește să folosească avantajele personalizării: „vecinul dumneavoastră"; „vine la dumneavoastră", urmărind să obțină o reacție imediată față de eventualele fenomene de violență asupra copilului la care a fost parte sau a auzit.

La întrebările nr. 12, 13 și 14 s-a urmărit percepția subiecților chestionați asupra cauzelor violenței în familie, în conformitate cu modelele teoretice standard în domeniu, și anume:

Întrebarea nr. 12 corespunde concepției medicale a abuzului asupra copilului: starea de echilibru psihic, respectiv dezechilibru este o cauză a fenomenului violenței în familie și implicit asupra copilului.

- Răspunsul DA la varianta (a) a întrebării nr. 12 semnifică percepția că o persoană care își abuzează copilul are în mod necesar probleme psihice.

Persoana care răspunde DA la această întrebare foarte probabil are tendința de a eticheta orice persoană bolnavă psihic, de a-l respinge pe acest motiv.

- Răspunsul DA la varianta (b) consideră că abuzul asupra copilului nu este generat în mod obligatoriu de probleme psihice și sunt tentați să privească obiectiv asupra abuzatorului.
- Răspunsul DA la varianta (c) este o agravare a răspunsului pozitiv la varianta (a) și arată o tendință de fațadă a răspunsului, dacă se va corela cu alte răspunsuri coniderate de fațadă.

În cazul în care răspunsul nu estede fațadă, el poate semnifica o proiecție asupra abuzatorului prezumtiv a unor proprii sentimente negative.

- Răspunsul DA la varianta (d) reprezintă o opinie personală la corelația pozitivă între fenomenul abuzului și starea psihică a individului.

Întrebarea nr. 13

Această întrebare face trimitere la teoria transmiterii intergeneraționale a abuzului. Alegerea uneia dintre cele patru variante exprimă gradația opiniei față de existența/inexistența unei relații cauzale între abuzul suferit în propria copilărie de către respondent și manifestarea abuzului ulterior.

Întrebarea nr. 14

Această întrebare vizează teoria atașamentului ca teorie explicativă a abuzului asupra copilului. Întrebarea operaționalizează teoria atașamentului copilului față de părinți și al părinților față de copii.

- Răspunsul pozitiv la varianta (a) este de fapt un non-sens și persoana care răspunde astfel nu face diferența între maltratarea copilului și dezvoltarea sa normală.

- Răspunsul pozitiv la varianta (b) este o proiecție a opiniei socialmente constituite a relației negative între maltratare și iubirea părinților.

- Răspunsul pozitiv la varianta (c) evidențiază o altă proiecție a unor opinii sociale cu privire la faptul că un copil „bătut" este mai atașat de familia sa decât unul normal.

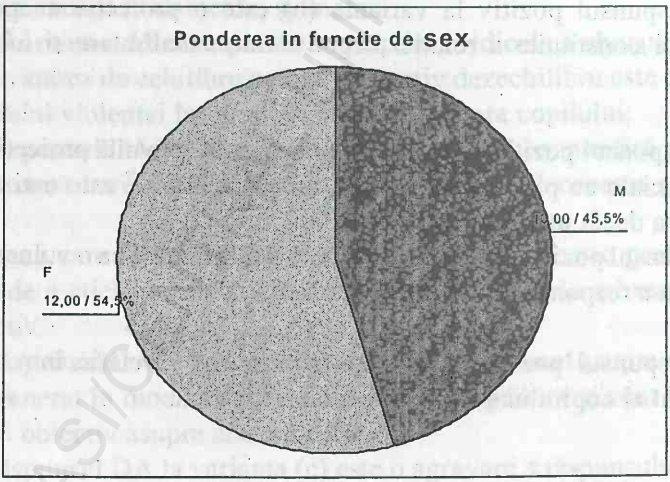
Răspunsul pozitiv la aceasta întrebare poate identifica o vulnerabilitate cognitivă a respondentului.

- Răspunsul pozitiv la varianta (d) este o corelație între tipul de atașament al copilului și dezvoltarea sa ulterioară.

Rezultatele obținute au fost:

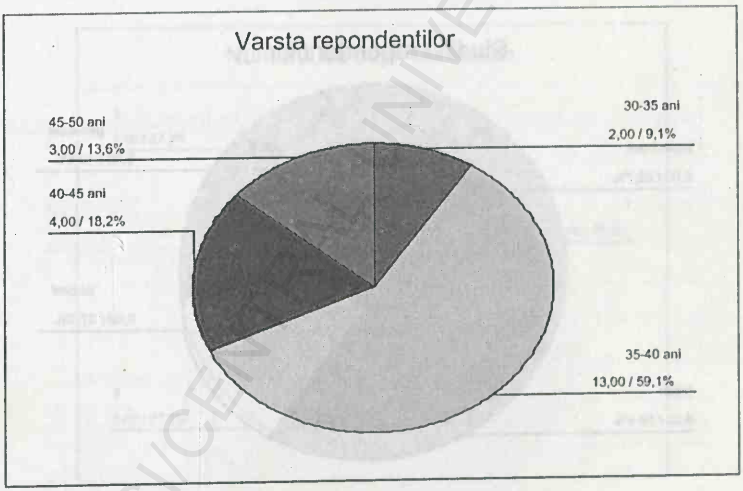
Sexul repondentilor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	M	10	45,5	45,5	45,5
	F	12	54,5	54,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



Vârsta repondenților

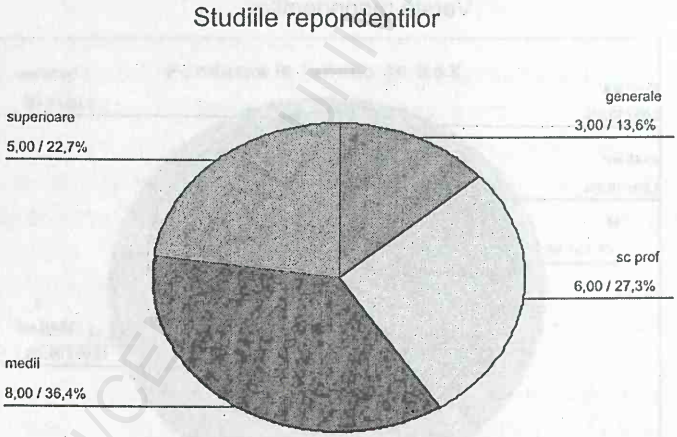
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-35 ani	2	9,1	9,1	9,1
	35-40 ani	13	59,1	59,1	68,2
	40-45 ani	4	18,2	18,2	86,4
	45-50 ani	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IAȘI/CENTRU UNIVERSITAR

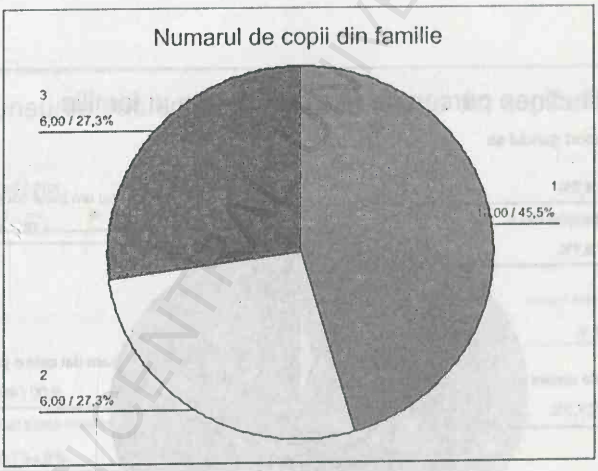
Studiile repondentilor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	generale	3	13,6	13,6	13,6
	sc prof	6	27,3	27,3	40,9
	medii	8	36,4	36,4	77,3
	superioare	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



Numarul de copii din familie

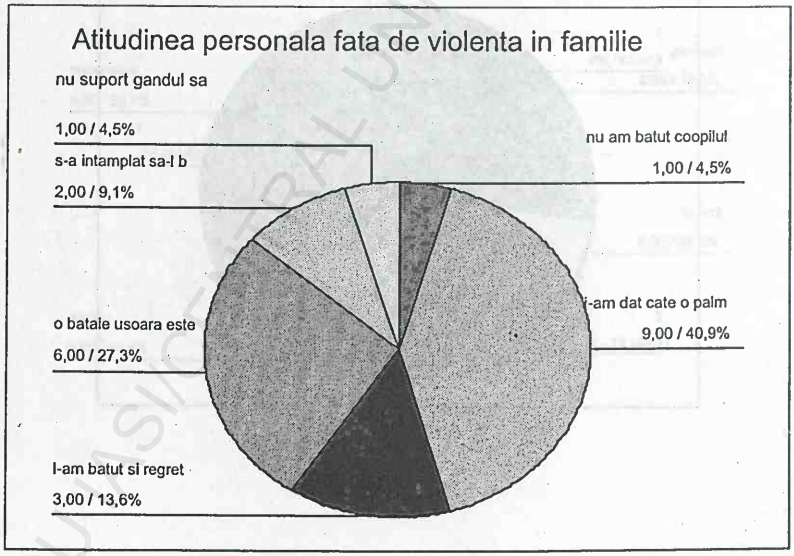
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	45,5	45,5	45,5
	2	6	27,3	27,3	72,7
	3	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IAȘI CENTRU UNIVERSITAR LIBRARY

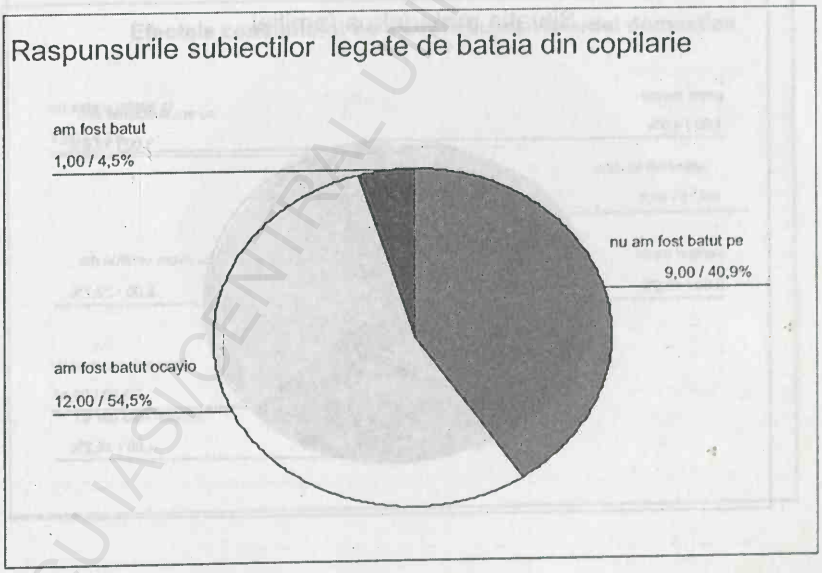
Atitudinea personală față de violența în familie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nu am bătut copilul niciodată	1	4,5	4,5	4,5
	i-am dat câte o palmă	9	40,9	40,9	45,5
	l-am bătut și regret	3	13,6	13,6	59,1
	o bătaie ușoară este educativă	6	27,3	27,3	86,4
	s-a întâmplat să-l bat	2	9,1	9,1	95,5
	nu suport gândul să fie bătut	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



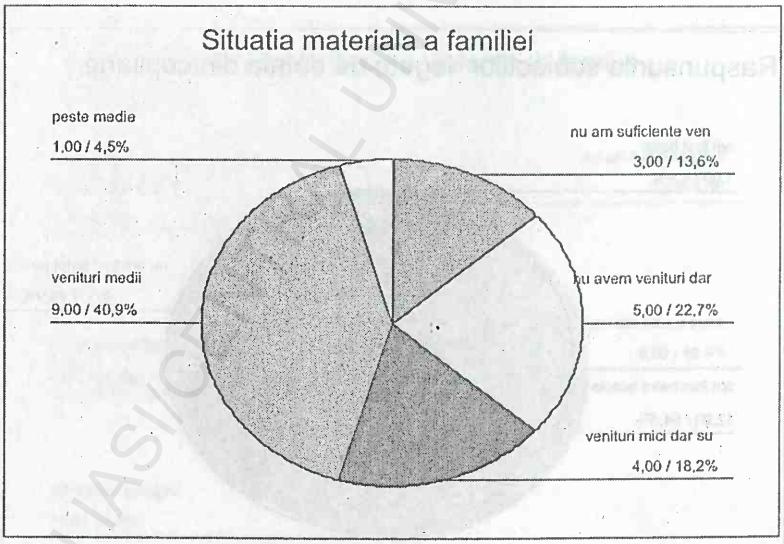
Răspunsurile subiecților legate de bătaia din copilărie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nu am fost bătut pe nedrept	9	40,9	40,9	40,9
	am fost bătut ocazional	12	54,5	54,5	95,5
	am fost bătut	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



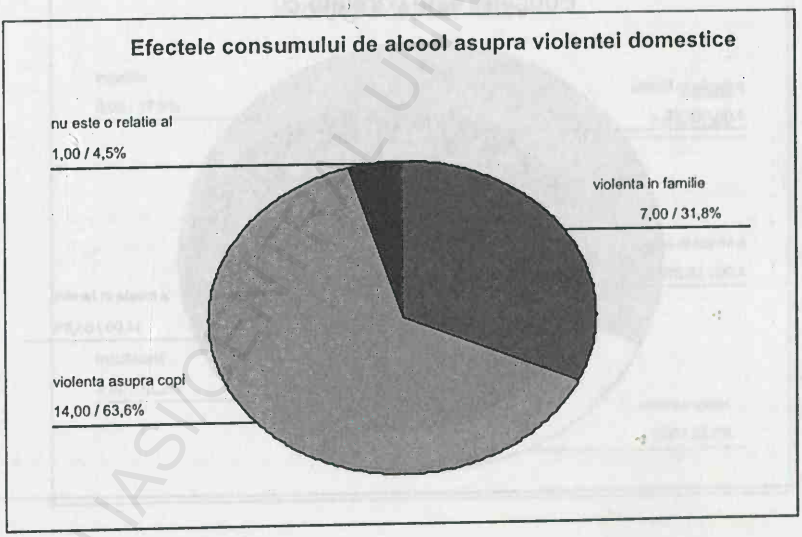
Situația materială a familiei

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nu am suficiente venituri	3	13,6	13,6	13,6
	nu avem venituri dar este înțelegere	5	22,7	22,7	36,4
	venituri mici dar suficiente	4	18,2	18,2	54,5
	venituri medii	9	40,9	40,9	95,5
	peste medie	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



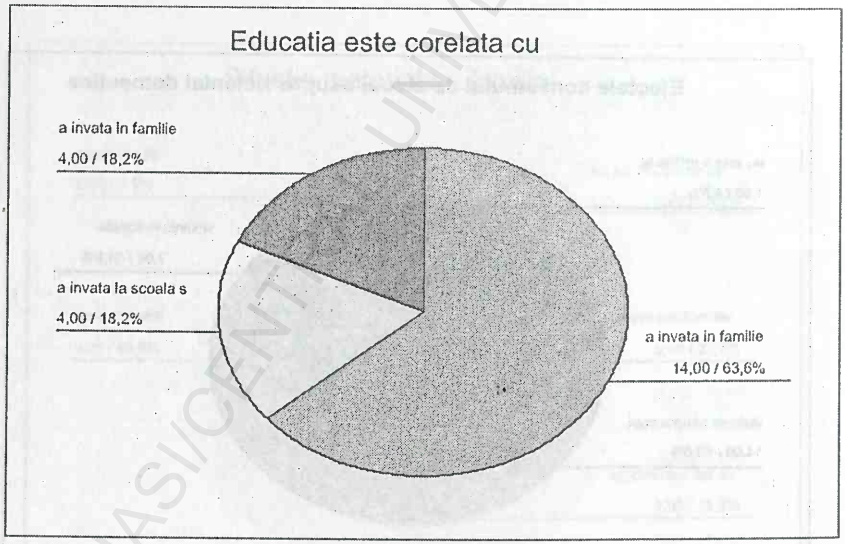
Efectele consumului de alcool

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Violență în familie	7	31,8	31,8	31,8
	Violență asupra copilului	14	63,6	63,6	95,5
	Nu este o relație alcool violență familială	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



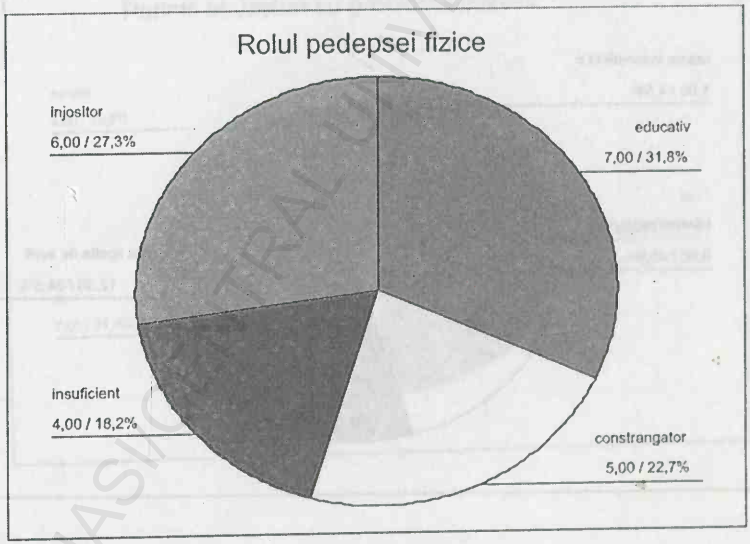
Educația este corelată cu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A învăța în familie și la școală	14	63,6	63,6	63,6
	A învăța la școală și în societate	4	18,2	18,2	81,8
	A învăța în familie	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



Rolul pedepsei fizice

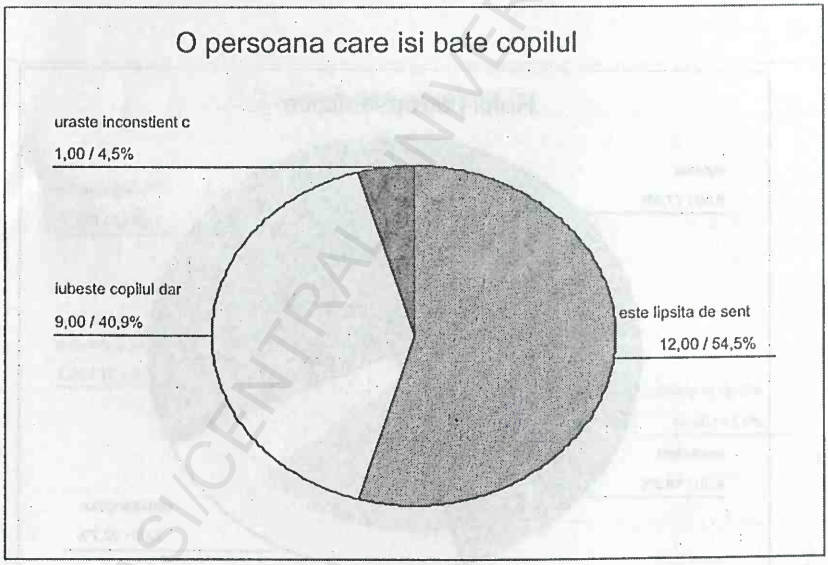
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Educativ	7	31,8	31,8	31,8
	Constrângator	5	22,7	22,7	54,5
	Insuficient	4	18,2	18,2	72,7
	Înjositor	6	27,3	27,3	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

O persoană care își bate copilul

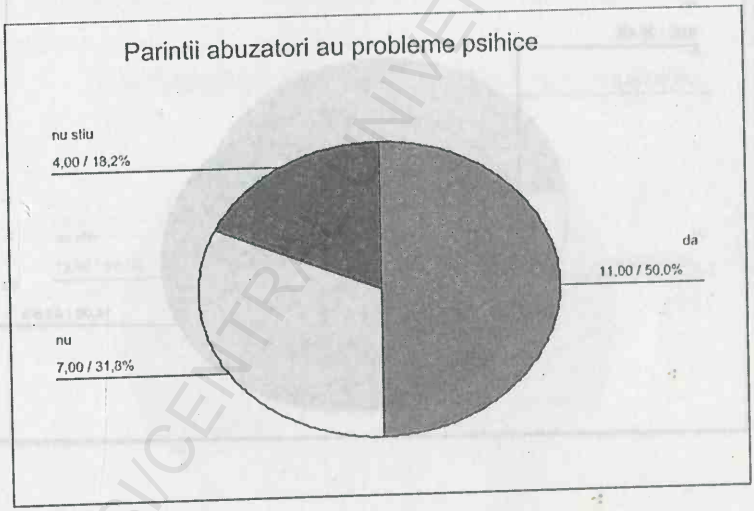
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	este lipsită de sentimente	12	54,5	54,5	54,5
	iubește copilul dar vrea să-l educe	9	40,9	40,9	95,5
	urăște inconștient copilul	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Părinții abuzatori au probleme psihice

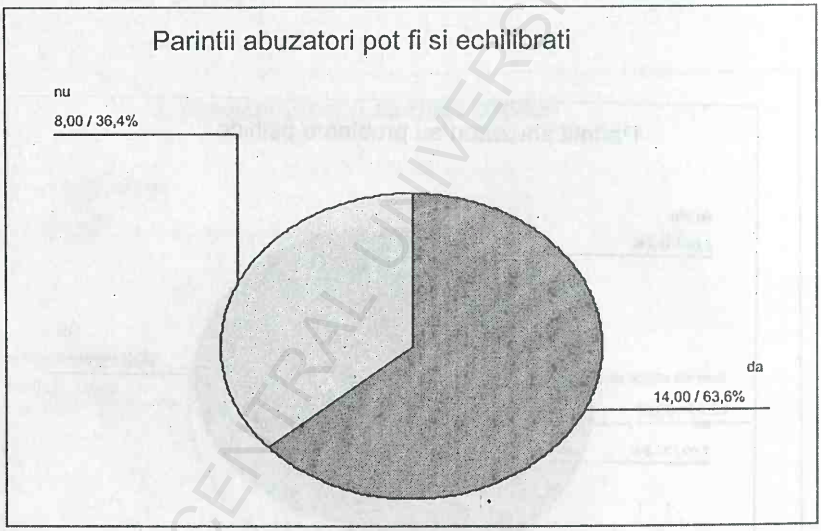
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	11	50,0	50,0	50,0
	nu	7	31,8	31,8	81,8
	nu știu	4	18,2	18,2	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Părinții abuzatori pot fi și echilibrați

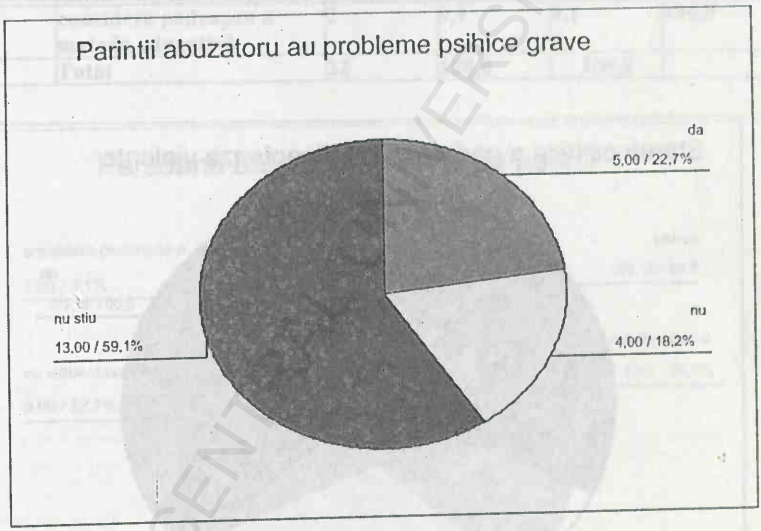
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	14	63,6	63,6	63,6
	nu	8	36,4	36,4	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Părinții abuzatori au probleme psihice grave

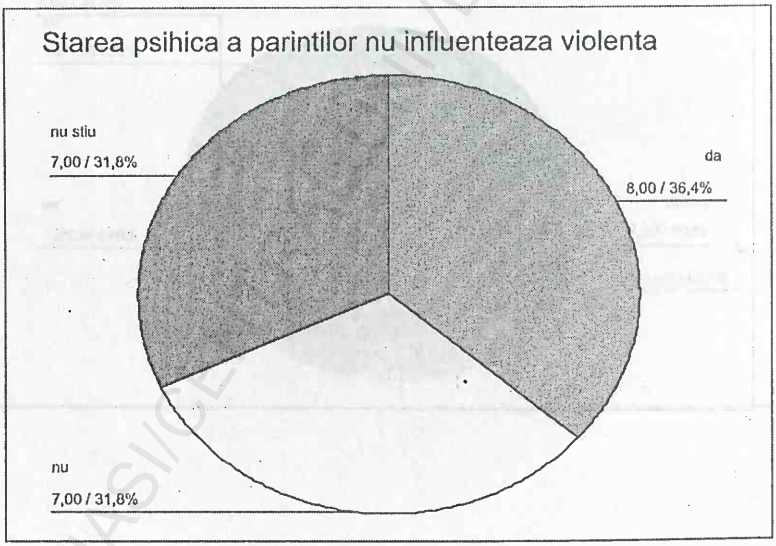
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	5	22,7	22,7	22,7
	nu	4	18,2	18,2	40,9
	nu știu	13	59,1	59,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

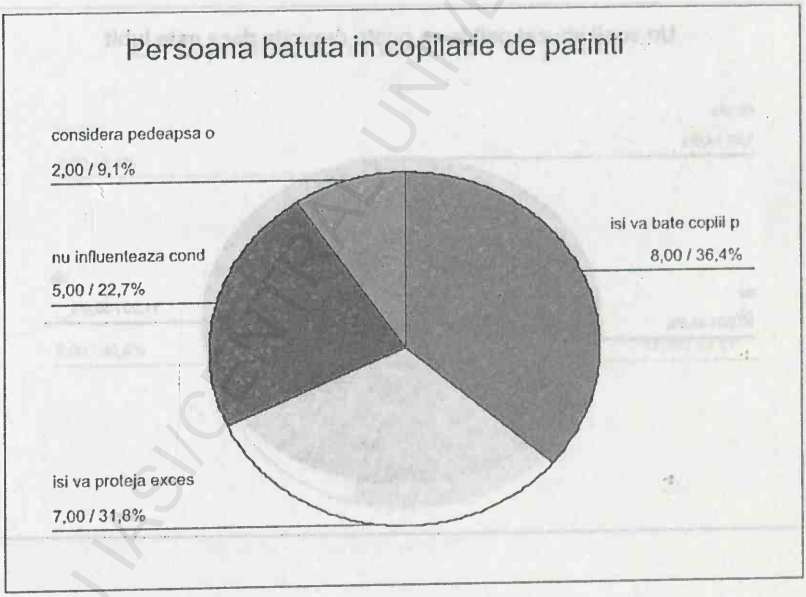
Starea psihică nu influențează violența

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	8	36,4	36,4	36,4
	nu	7	31,8	31,8	68,2
	nu știu	7	31,8	31,8	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



Persoana bătută în copilărie de părinți

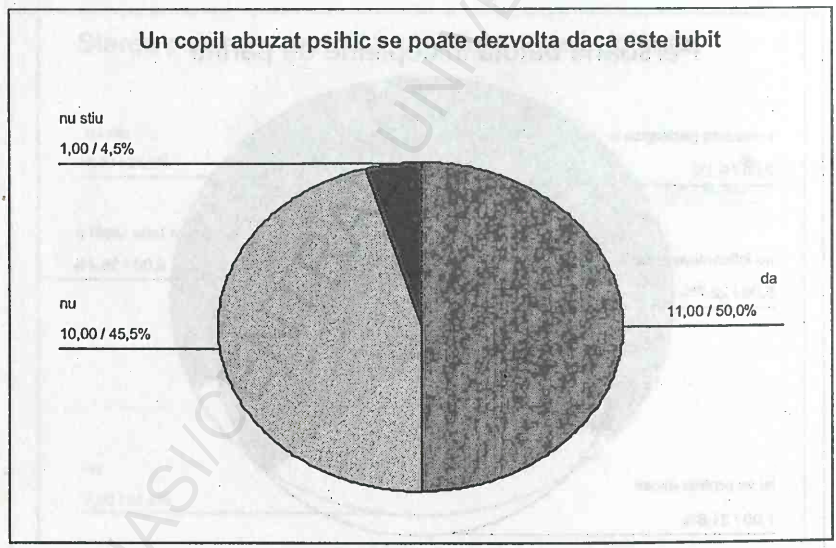
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	își va bate copiii proprii	8	36,4	36,4	36,4
	își va proteja excesiv copii	7	31,8	31,8	68,2
	nu influențează conduita față de copil	5	22,7	22,7	90,9
	consideră pedeapsa o metodă educativă	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

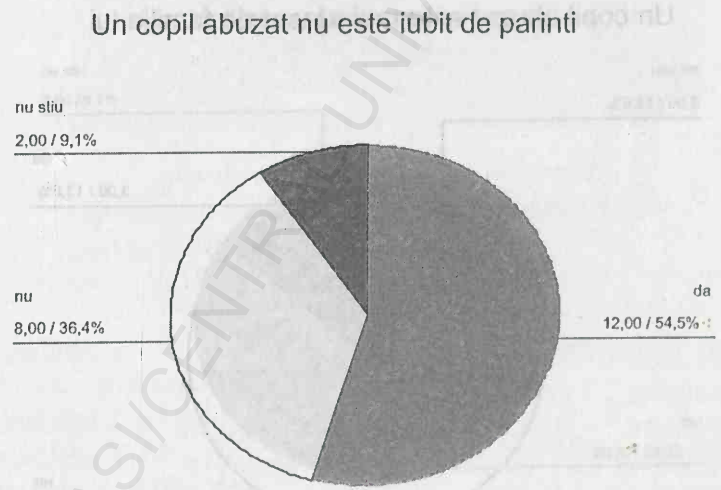
Un copil abuzat se poate dezvolta dacă este iubit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	11	50,0	50,0	50,0
	nu	10	45,5	45,5	95,5
	nu știu	1	4,5	4,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



Un copil abuzat nu este iubit de părinți

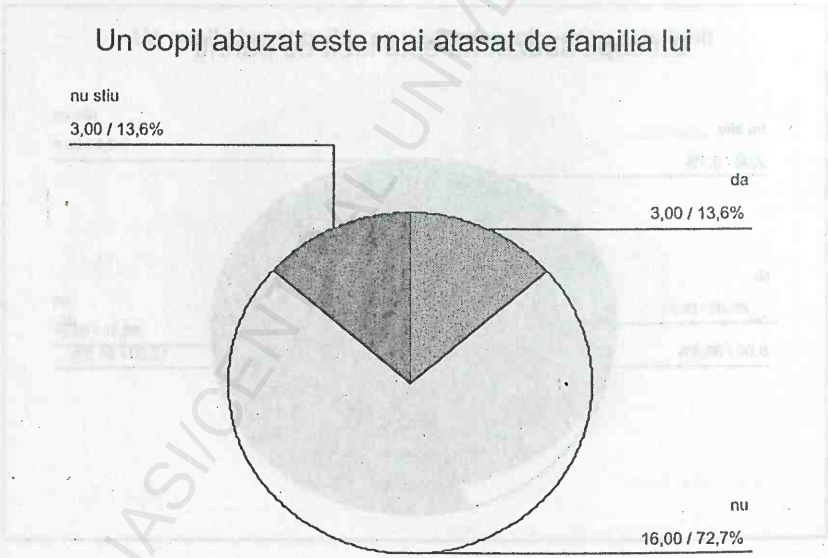
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	12	54,5	54,5	54,5
	nu	8	36,4	36,4	90,9
	nu știu	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Un copil abuzat este mai atașat de familia lui

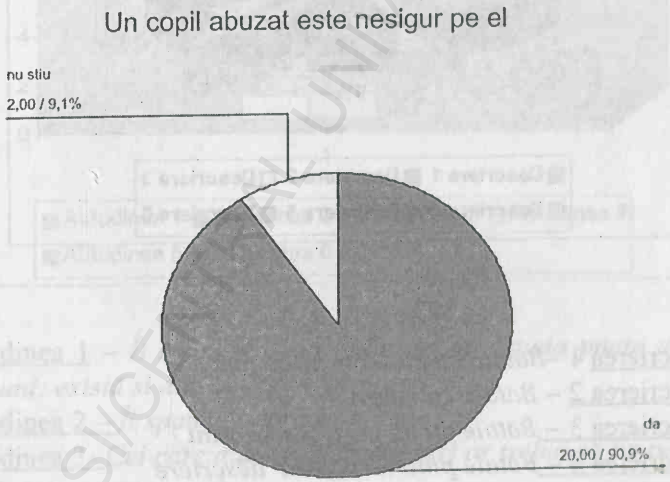
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	3	13,6	13,6	13,6
	nu	16	72,7	72,7	86,4
	nu știu	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

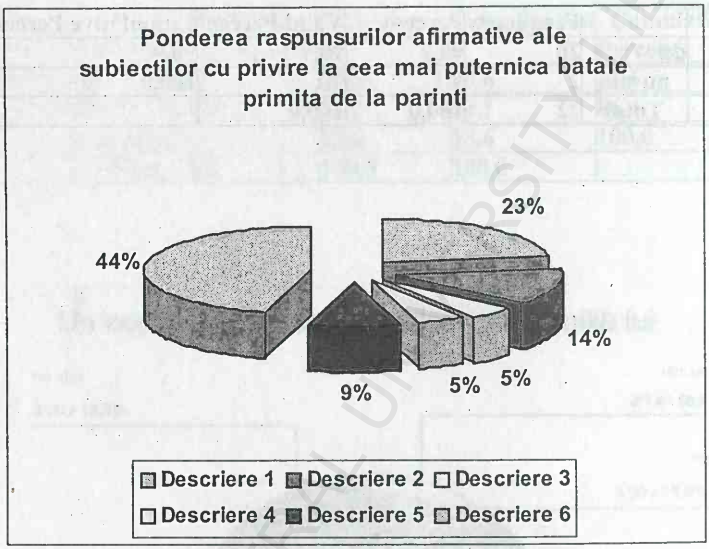
Un copil abuzat este nesigur pe el

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	20	90,9	90,9	90,9
	nu știu	2	9,1	9,1	100,0
	Total	22	100,0	100,0	



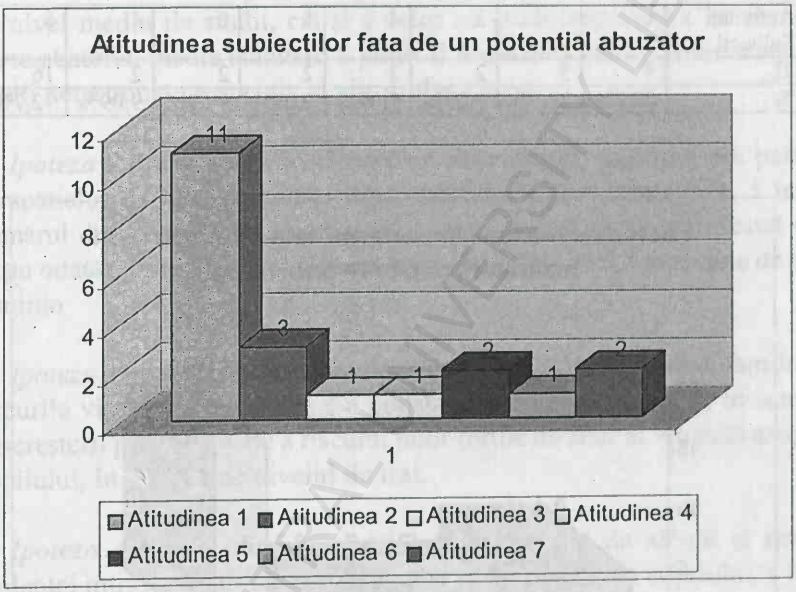
BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Intrebarea 5 – descrieți cea mai puternică bătaie pe care ați primit-o de la părinți și de care vă amintiți



Descrierea 1 –*Bătaie cu palmele peste față*
Descrierea 2 – *Bătaie cu varga*
Descrierea 3 – *Bătaie cu un corp contondent*
Descrierea 4 – *Bătaie puternică, fără descriere*
Descrierea 5 – *Bătaie cu cureaua*
Descrierea 6 - *Încearcă să motiveze bătaia primită și evită descrierea*

Intrebarea 11



Atitudinea 1 – *Îi spun că a procedat greșit; bătaia poate avea repercursiuni; există și alte metode alternative*

Atitudinea 2 – *Îi spun că a procedat bine*

Atitudinea 3- *Cei care aud astfel de lucruri ar trebui să fie receptivi, eventual pentru a interveni*

Atitudinea 4- *Acord sprijin copilului până la remedierea situației*

Atitudinea 5 – *Bătaia este o pedeapsă prea dură*

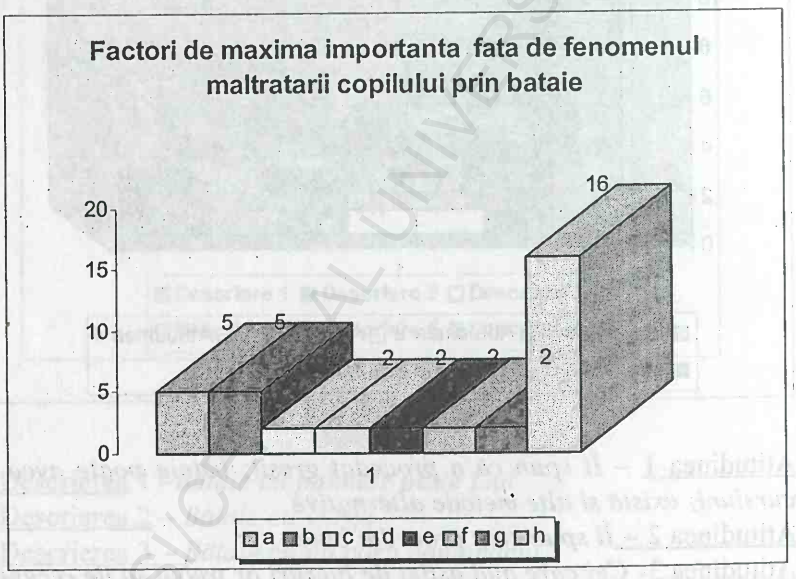
Atitudinea 6- *Cert părintele violent*

Atitudinea 7- *N.r.*

BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Intrebarea 2

Activități Subiecți	1	2	3	4	5	6	4	8
22	5	5	2	2	2	2	2	16
%	22,7%	22,7%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	72,7%



Ipoteza 1 Există o corelație inversă între manifestarea unor fenomene de violență asupra copilului și nivelul de educația a părintelui abuzator, în sensul scăderii riscului de violență asupra copilului , în funcție de nivelul educațional al părinților.

Persoanele cu studii medii care au declarat că nu și au bătut niciodată copilul, 60%, cele cu studii superioare 60%.

Corelația nu s-a putut valida decât în sensul unei eventuale corelații ușoare, deoarece distribuția răspunsurilor afirmative la indicatorii care reliefează existență violenței în familie față de profilul ocupațional și nivelul de studii ale respondentului este relativ aceeași pentru persoanele cu nivel mediu de studii, cât și a celor cu studii superioare. O abatere peste abaterea medie standard a putut fi semnalată pentru persoanele cu studii neterminate respectiv studii profesionale.

Ipoteza 2 cea a unui risc crescut de abuz asupra copilului din partea persoanelor de sex masculin a fost evidențiată prin corelația 1, 5 între numărul de persoane de sex masculin care acceptă că au manifestat cel puțin odată forme de violență asupra copilului față de 0,5 persoane de sex feminin

Ipoteza 3 asupra corelației inverse între nivelul de trai a unei familii si riscurile violenței domestice s-a constatat o corelație de 1, 3, în sensul descreșterii proporționale a riscului unor forme de abuz și violență asupra copilului, în funcție de nivelul de trai.

Ipoteza 4 asupra unei corelații între consumul de alcool și riscul violenței intrafamiliale și cu precădere a violenței asupra copilului, a fost prezentată cu o corelație de 2. Distribuția indicelui persoane care consuma alcool în corelație cu persoanele care manifestă risc de violență este 0,68.

Ipoteza 5 asupra corelației percepute între starea de echilibru psihic a părintelui și riscul violenței asupra copilului a fost infirmată, 72, 7% răspunzând negativ la această întrebare. În schimb respondenții afirmă în proporțiede 91% că un copil abuzat este nesigur pe el.

Concluzii generale

Plasarea copilului în centrul preocupărilor unei societăți trebuie sau ar trebui să constituie o prioritate a tuturor factorilor și actorilor implicați și responsabili cu protecția sa.

Dacă vom încerca să înțelegem copilul ca pe o persoană care are nevoie de dragoste, respect, sprijin, recunoaștere, abia atunci vom putea vorbi de o reală respectare a intereselor și drepturilor lui și mai ales de asigurarea unei protecții adecvate în funcții de nevoile principale ale copilului.

Modelele, metodele și mai ales mentalitățile tradiționale trebuie depășite și abordate într-o nouă manieră, adaptate principiilor educative, pedagogice moderne, care țin cont atât de nevoile copilului, dar și drepturile și interesele lui.

O perspectivă diferită nouă se impune și în ceea ce privește abuzul și neglijarea copilului. Cu toate că se cunoaște existența diverselor forme de abuz, s-a făcut prea puțin până în prezent în mediatizarea datelor și informațiilor, cunoașterii efectelor abuzului asupra copilului, în intervenția în situații de maltratare a acestuia și reabilitarea lui, cât și a familiei sale.

Procesul de constituire și dezvoltare a unor modalități eficiente de identificare a abuzului asupra copilului, al prevenirii abuzului și al tratării copilului-victimă se confruntă încă cu mari dificultăți și prezintă multe disfuncții, care îngreunează vizibil munca specialiștilor în protecția copilului și familiei.

Dacă la nivel internațional declararea și recunoașterea diferitelor forme de abuz și neglijare asupra copilului a cunoscut o reală explozie în ultimii ani, în România trebuie încă să se intervină în direcția conștientizării acestui real fenomen social (maltratarea copilului) la nivel individual și

societal, a înțelegerii consecințelor grave și pe termen lung asupra întregii dezvoltări a copilului.

În prezent, se manifestă o îngrijorare crescută față de copiii maltratați, de multe ori chiar în casele lor și de proprii lor părinți, care în mod normal trebuie să le asigure protecția și siguranța. De cele mai multe ori este greu să pătrundem în intimitatea acelor persoane și să aducem în fața opiniei publice aspecte și situații pe care foarte mulți oameni le consideră ca fiind probleme strict personale care trebuie rezolvate în familie.

În țara noastră, problematica abuzului asupra copilului este o preocupare relativ recentă, fiind multe aspecte de rezolvat înainte de a trece la o acțiune concretă vizând acest fenomen. Un prim pas, și poate cel mai important este recunoașterea faptului că ne confruntăm într-adevăr cu o problemă. Originea, natura și dimensiunile problemei abuzului asupra copilului trebuie aduse în atenția opiniei publice și prezentate într-o imagine completă și comprehensibilă.

În conformitate cu prevederile Convenției Națiunilor Unite pentru Drepturile Copilului, fiecare copil are dreptul de a fi protejat împotriva oricăror forme de abuz. De foarte puține ori însă acești copii abuzați au posibilitatea de a cere ajutor, fiind lăsați de regulă să se apere singuri. Din această cauză este foarte important ca autoritățile, decidenții locali și în special serviciile sociale să se implice activ în identificarea și monitorizarea copiilor abuzați, și, în cazurile unde este necesar, să intervină pentru a le oferi protecția. În lipsa acestei implicări și intervenții, abuzul poate avea efecte dezastruoase asupra copilului și implicit asupra familiei.

Lucrarea de față a încercat să identifice și să analizeze câteva forme de acțiune în tratarea acestui fenomen, să ofere informații referitoare la existența formelor de abuz asupra copilului, manifestările copilului abuzat, a consecințelor grave imediate și pe termen lung ale abuzului; au fost prezentate de asemenea medii și factori favorizanți în apariția abuzului, ca și modalitățile de intervenție și serviciile la care se poate apela pentru semnalarea cazurilor, a arătat necesitatea tratamentului și aplicării măsurilor de protecție a copilului abuzat.

„Schimbarea mentalității față de problema abuzului și neglijării copilului se poate realiza numai printr-o educare și informare susținută a actorilor sociali cu privire la dimensiunile și consecințele psihologice,

medicale și sociale ale fenomenelor. De aceea, se impun elaborarea și derularea de programe, metodologii și servicii pentru prevenirea și intervenția în cazurile de abuz și neglijare" (Revista de Asistență Socială nr. 1/2003 București).

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bibliografie

1. Aldgate, J., *Family breakdown*, 1997
2. Brodeur C., Rousseau R., (coord.), *L'introduction du réseaux, une practique nouvelle*, Edition France-Americque, Montreal, 1984
3. Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K., *Disorganized disoriented attachement relantionship in maltreated infants*, Developmental, Psychology, 1989
4. Coulshed Veronica, *Practica asistenței sociale*, Editura Alternative, București, 1993
5. Copper, David; Ball, David, *Abuzul asupra copilului*, Editura Alternative, București, 1993
6. Erickson M.F. ed. colab., *The effects of maltratment on the development of young children*, Cambridge, Cambridge University Presss, 1989
7. *Ghid de bune practici pentru prevenirea abuzului asupra copilului*, Organizația Salvați Copiii, Organizația Alternative Sociale, Iași, 2002
8. Guvernul României, Comitetul Național pentru Protecția Copilului (1994), *Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului – stadiul aplicării în România*, București
9. Garbarino, J, et al., *Children in Danger*, San Francisco, Iassy-Bosss, 1992
10. Helfer, Mary Edna, Kempe, Ruth S., Krugman, R.D., *The Battered child*, The University of Chicago Press, Chicago, 1997
11. Ionescu, Șerban, *Copilul maltratat, Evaluare, Prevenire, Intervenție*, Editura Fundației Internaționale pentru Copil și Familie, București, 2001
12. Ionescu, Ion, Metodologie sociologică - note de curs, Universitatea „Al. I. Cuza", Iași, 2001
13. Irimescu Gabriela, *Asistența socială a persoanelor abuzate – note de curs*, Universitatea „Al. I. Cuza" Iași, 2002
15. IXth International Society Preventing Child Abuse and Neglect (ISPCAN), European Conference on Child Abuse and Neglect, Warsaw – Poland, August 29-31, 2003
16. K. Coulbourn Faller, U.S. Department of Health and Human Services, *Administration of children, youth and families*, National Centre on Child Abuse and Neglect, The Circle Inc., 1993
17. Kempe, H. C., Silverman, F.N., Steel, B.F., Draegemuller, W., Silver, H.K. (edss), *The Battered Child Syndrome*, American Medicine Association, 1962
18. Killén, Kari, *Copilul maltratat*, Editura Eurobit, Timișoara, 1998
19. Lewis, D.O., From abuse to violence, *Psycophysiological consequnces of maltreatment*.. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *1992*

20. Latimer, J., *Les conséquences de la violence faite aux enfants. Guide de référence à l'intention des professionnels de la santé*, Ottawa, Santé Canada, 1998
21. Miftode Vasile (coord.), *Populații vulnerabile și fenomene de automarginalizare*, Editura Lumen, Iași, 2002
22. Miftode Vassile, *Fundamente ale asistenței sociale*, Editura Eminescu, Iași, 1999
23. Miftode Vasile, *Tratat de metodologie sociologică*, Editura Lumen, Iași, 2003
24. Muntean Ana, *Familia și copiii în dificultate – note de curs*, Editura Mirton, Timișoara, 2001
25. Palicari, Gina, *Maltratarea copilului*, Curs CRIPS – Grand Project, Editura Fundației Internaționale pentru Copil și Familie, iunie, 2001
26. Roth-Szamosközi Maria, *Protecția copilului – Dileme, concepții și metode*, editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 1999
27. *Rupeți tăcerea. Identificarea și semnalarea cazurilor de maltratare a copilului – ghid pentru profesioniști*, Timișoara, 2003
28. *Revista de Securitate Comunitară*, Anul II, nr. 5/2002, Redacția Centrului de Mediere și Securitate Comunitară, Iași, 2002
29. *Revista de Asistență Socială* nr. 1/2003, editată de Catedra de Asistență Socială a Universității București, sub egida Comisiei Interministeriale de Asistență Socială a Comisiei Guvernamentale Anti-Sărăcie și Promovare a Incluziunii Sociale și a Reprezentanței UNICEF în România
30. *Raport of the Consultation on Child Abuse Prevention* – WHO, Geneva, 29-31 march, 1999
31. Sanicola, Lia, *L'intervention du réseaux*, 1994
32. Spânu Mariana, *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*, Editura Tehnică, Chișinău, 1998
33. Un deceniu de tranziție, *Situația copiilor și a familiei în România. Raport editat de UNICEF*, 1998
34. *Violența în familie – Studiu având la bază activitatea Centrului Pilot de Asistență și Protecție a Victimelor Violenței în Familie*, București, 1998
35. Wiche, R.V., *Working with Child Abuse and Neglect*, SAGE Publications, London, 1996
36. http//*www.cmsc.ro*/abuz copii html, consultat pe 11.10.2001
37. http//*www.iatp md*/cnpac/copiii maltratați/28.11.2003

B C.U "M. EMINESCU" IASI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B C.U "M. EMINESCU" IASI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B C.U "M. EMINESCU" IASI

671408

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

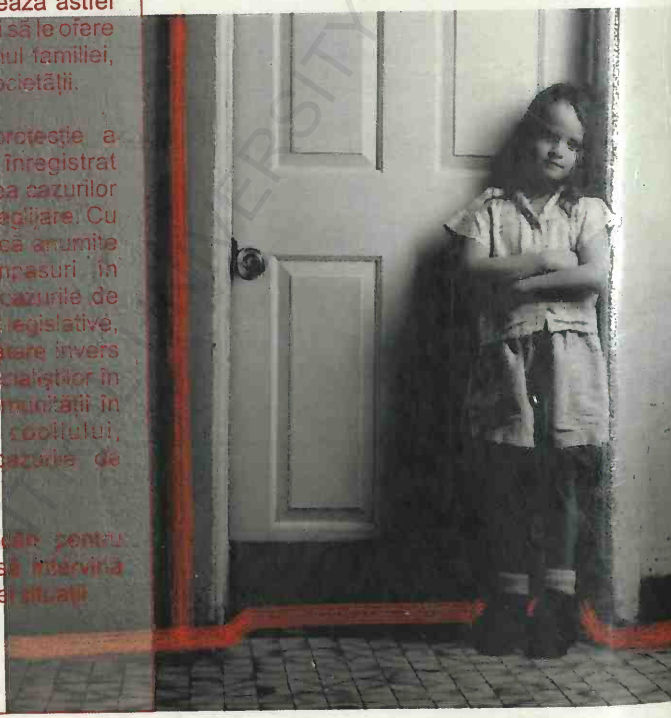
Maltratarea copilului este un fenomen care, din păcate, a devenit foarte frecvent în societatea românească în ultimul timp. Aproape că nu trece zi fără să auzim sau să citim în presă despre un copil bătut înfiorător, abuzat sexual, lasat singur în casă, flămând, trimis să muncească, la o vârstă la care prioritatea ar trebui să fie şcoala, supus unor tratamente greu de imaginat, şi, fără a exagera, chiar omorât.

Aceste lucruri sunt mult mai grave cu cât părinţii sunt cei care îşi tratează astfel copiii, când tocmai ei ar trebui să le ofere protecţie şi securitate în sânul familiei, după cum dictează regulile societăţii.

În prezent, sistemul de protecţie a copilului în România a înregistrat progrese vizibile în rezolvarea cazurilor de abuz asupra copilului şi neglijare. Cu toate acestea, mai există însă anumite carenţe, contradicţii şi impasuri în prevenirea şi intervenţia în cazurile de maltratare a copilului lacune legislative, numărul de cazuri de maltratare invers proporţional cu numărul specialiştilor în domeniu, lipsa implicării comunităţii în prevenirea maltratării copilului, intervenţia stereotipă în cazurile de abuz asupra copilului etc.

Toate acestea sunt provocări pentru specialiştii care-şi propun să intervină eficient în schimbarea acestei situaţii.

Mădălina Constantin



ISBN 973-166-074-7

9 789731 660745

media LUMEN
www.EdituraLumen.com